

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

701

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André MARTIN

Ancien Interne Lauréat de l'Hôpital départemental de la Seine
Né le 17 Avril 1905, à Epernay (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TENSION DANS L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE

EN PARTICULIER DANS SES RAPPORTS

AVEC LA TENSION ARTÉRIELLE HUMÉRALE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153711_0065

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André MARTIN

Ancien Interne Lauréat de l'Hôpital départemental de la Seine
Né le 17 Avril 1905, à Epernay (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TENSION DANS L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE

EN PARTICULIER DANS SES RAPPORTS

AVEC LA TENSION ARTÉRIELLE HUMÉRALE

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAÏGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIER.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimental
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
FRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			
	MM.		
	ECALLE		Clinique obstétricale.
	LE LORIER.....		
	LÉVY-SOLAL		
	METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MADEMOISELLE MADELEINE DUMONT

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude pour le grand
honneur qu'il nous fait en présidant notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DESCOLA

Ancien Chef de clinique de la Fondation A. de Rothschild
Ophtalmologiste de l'Hôpital départemental de la Seine

*Qui ne nous a pas ménagé ses conseils
éclairés au cours de notre internat dans
son service et pour l'étude de notre sujet
de thèse. Nous tenons à le remercier très
vivement de sa grande bienveillance et à
lui exprimer toute notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCIS MUNCH

Laryngologiste de l'Hôpital départemental de la Seine

Nous le prions de croire à notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner et pour l'excellent enseignement que nous avons reçu pendant notre internat dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT ENGEL

Laryngologiste de l'Hôpital départemental de la Seine

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance pour l'excellent accueil qu'il nous a toujours réservé et pour les bons conseils qu'il nous a prodigués pendant notre internat dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL DELATTRE

Laryngologiste des Hôpitaux de Reims

Qui a guidé nos premiers pas en otorhinolaryngologie ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre fidèle souvenir et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine

*En souvenir des années passées dans son
service. Témoignage de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS-DAINVILLE

Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine

*En souvenir des années passées dans son
service. Respectueux hommage de notre re-
connaissance.*

A TOUS MES MAITRES
DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE REIMS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

L'artère centrale de la rétine a été beaucoup étudiée ; c'est qu'elle offre une particularité très intéressante : elle est la seule artère de l'organisme qui puisse être observée *de visu* dans les conditions normales ; et nous possédons actuellement des ophtalmoscopes qui permettent un examen très facile de la rétine, avec un éclairage et un grossissement tels que les moindres détails peuvent être décelés.

Claude BERNARD, en découvrant les nerfs vaso-moteurs, a démontré qu'un territoire circulatoire peut s'isoler des territoires voisins et l'étude des « circulations locales » a pris une grande importance depuis quelques années.

Les renseignements donnés par la mesure de la tension artérielle générale ont en clinique une telle valeur qu'on n'a pas manqué d'étudier aussi la tension artérielle locale dans tous les cas où il fut possible de le faire.

En ce qui concerne la tension artérielle rétinienne, cette étude présente un très grand intérêt non seulement pour l'ophtalmologiste, mais aussi pour le physiologiste et le médecin. C'est que l'artère centrale de la rétine peut être considérée comme appartenant à la circulation cérébrale et renseigne sur l'état de cette circulation. C'est pourquoi BOUCHUT avait appelé « Cérébroscopie » l'examen du fond d'œil.

Dans ce travail nous avons étudié la tension dans l'artère centrale de la rétine, à l'état normal et à l'état pathologique, et en particulier dans ses rapports avec la tension humérale. Nos observations ont été faites dans le service d'ophtalmo-

logie de l'Hôpital Départemental de la Seine, sous la direction de notre maître, M. le Dr DESCOLA. Elles portent sur 112 malades et comportent 745 mesures de tension artérielle rétinienne (T.A.R.). Certains malades n'ont été vus qu'une ou deux fois, incidemment ; mais d'autres ont été suivis pendant plus de deux ans et leur T.A.R. a été mesurée aussi souvent qu'il nous a été possible de le faire. Ces patients n'ont pas été choisis : il y a des vieillards et des infirmes de l'asile Chevreul, des reclus du dépôt de mendicité, des civils venant des différents services de médecine et de chirurgie ; il y a aussi des membres du personnel. Nous avons examiné sans discrimination les consultants qui se présentaient pour les causes les plus diverses. Certains venaient pour des conjonctivites insignifiantes, des blépharites sans gravité ; de nombreux consultants, sans aucune affection oculaire, cherchaient à se faire dispenser d'un travail qui leur déplaisait. Tous ont été examinés avec le plus grand soin, sans idée préconçue.

Ce travail n'est pas une revue générale ; on n'y trouvera pas l'historique, ni l'analyse ou le résumé des publications extrêmement nombreuses qui ont été faites sur cette question, surtout au cours de ces dernières années.

Nous n'avons demandé aux travaux de nos prédécesseurs qu'une chose indispensable : le mode d'examen. Nous avons emprunté à BAILLIART son appareil et sa technique et nous nous sommes exercés à examiner scrupuleusement le fond d'œil, à distinguer très nettement les artères des veines pour bien localiser le siège de la pulsation. Du reste, et nous insistons sur ce point, l'étude de la tension artérielle rétinienne est à la portée de tout ophtalmologiste qui connaît son fond d'œil. Il ne s'agit pas d'un examen extrêmement difficile et réservé à un petit nombre d'initiés. Après une période de tâtonnements inévitables, l'observateur arrive à éliminer son coefficient personnel. Nous avons pu nous en rendre compte en confrontant les résultats obtenus chez le même

malade par notre maître, le Dr DESCOLA, et par nous. Nous avons toujours obtenu des chiffres du même ordre au même moment et dans la même position et nous avons observé les mêmes variations ultérieures.

Nous pouvons donc éliminer de nos observations les causes d'erreur personnelles et on nous accordera qu'un observateur qui a pris consciencieusement plusieurs centaines de tensions peut se dire maître du procédé.

En possession de l'instrumentation, bien maîtres de la méthode, nous avons fait volontairement abstraction de tout ce qui avait été écrit jusqu'alors afin de nous laisser guider uniquement par les faits. Ce sont eux qui nous ont conduit à des conclusions qui, pour nous-mêmes, étaient inattendues. Nous étions dans l'inconnu, nous sommes obligés d'avouer que nous y sommes encore.

CHAPITRE I

PRINCIPE DE LA MESURE DE LA T. A. R.

Le principe de la mesure de la Tension Artérielle Rétinienne est le même que celui de la mesure de la tension humérale, l'œil et les liquides endoculaires jouant pour l'artère centrale de la rétine le rôle du manchon pneumatique pour l'artère humérale.

BAILLIART a très bien étudié cette question et ses explications nous ont paru très logiques : la pulsation artérielle apparaît quand la contre-pression égale la pression artérielle minima ; elle disparaît quand la contre-pression atteint la pression artérielle maxima.

A l'état normal, la pression artérielle est supérieure à la pression exercée par les liquides endoculaires sur les parois de l'artère — sinon la circulation serait impossible — et cette artère observée à l'ophtalmoscope ne présente aucun battement. Cependant à un très fort grossissement on observe quelquefois de petits mouvements des parois artérielles synchrones aux battements cardiaques.

Pour que la pulsation apparaisse spontanément, il faut que la pression artérielle soit basse (anémie grave, syncope, insuffisance aortique) ou que la pression des liquides endoculaires ou ophtalmotonus se soit élevée au moins au même niveau que celui de la T. A. R.

Pour augmenter artificiellement l'ophtalmotonus il suffit

d'exercer une légère compression du globe oculaire avec l'extrémité d'un doigt par exemple. Si cette compression est progressive, à partir d'un certain moment, la pulsation artérielle apparaît, puis elle augmente d'amplitude et enfin disparaît.

Au lieu de faire cette compression avec le doigt il est possible de la faire avec un peson gradué et de mesurer ainsi une pression minima, une pression moyenne et une pression maxima.

Mais le chiffre trouvé ne donne pas la mesure réelle de la pression artérielle rétinienne car l'ophtalmotonus s'ajoute à la pression exercée par l'appareil ; d'où la nécessité de confronter toujours la T. A. R. avec l'ophtalmotonus — mesuré à l'aide d'un tonomètre — et de se reporter au barème établi par MAGITOT et BAILLIART.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE LA MESURE DE LA T. A. R.

Une mesure isolée de la tension artérielle rétinienne ne signifie rien puisque le chiffre obtenu ne représente pas la valeur réelle de cette tension et qu'il est nécessaire de tenir compte du tonus du globe. D'autre part la connaissance de la tension artérielle rétinienne n'offrirait aucun intérêt si on ne la comparaît à la tension artérielle générale. Chaque mesure de la T. A. R. sera donc accompagnée d'une détermination de l'ophtalmotonus et d'une prise de la tension humérale.

L'anesthésie n'est pas toujours nécessaire à la mesure de la T. A. R., mais elle est quelquefois indispensable. En tous cas elle facilite l'examen et ne modifie pas les résultats obtenus. Nous avons donc anesthésié systématiquement tous nos sujets par instillations d'une ou deux gouttes de collyre au chlorhydrate de Cocaïne à 5 %.

Pendant le temps nécessaire à l'action de ce médicament, nous prenions la tension humérale. Puis nous mesurions successivement le tonus et la T. A. R.

Pour la tension humérale, nous nous sommes servis le plus souvent de l'appareil de Vaquez ; il permet de mesurer les pressions diastolique et systolique avec une grande précision. Il ne permet pas la mesure de la tension moyenne

mais nous n'avons pas mesuré non plus la tension artérielle rétinienne moyenne. Beaucoup plus rarement nous avons employé l'appareil de PACHON. Quelquefois aussi nous avons employé les deux appareils successivement.

Pour la détermination de l'ophtalmotonus nous nous sommes servis du tonomètre de SCHIOTZ.

Pour toutes nos mesures de T. A. R., nous avons utilisé l'ophtalmodynamomètre de BAILLIART dont le principe est la transmission à un ressort à boudin de la pression exercée sur le globe oculaire.

Cet appareil se compose d'une tige de métal couissant à l'intérieur d'un tube dans lequel elle comprime le ressort. L'une des extrémités de la tige porte un bouton convexe destiné à être posé sur la cornée sans la blesser.

Dans le modèle simple (datant de 1917) l'extrémité opposée sort du tube et porte une échelle graduée en grammes.

Dans le modèle à cadran (datant de 1920) cette autre extrémité est reliée à une aiguille qui se déplace sur un cadran gradué également en grammes. Cette aiguille entraîne une autre qui, n'étant pas reliée à la tige, reste à la place où elle a été poussée, ce qui permet une lecture plus facile.

Pour exécuter une mesure, l'observateur, tout en examinant les vaisseaux rétiniens avec un ophtalmoscope convenable, pose le bouton convexe sur la cornée au niveau de l'insertion du droit externe. L'appareil saisi entre le ponce et l'index par sa bague extérieure doit être tenu horizontalement, les autres doigts prenant point d'appui sur la région temporale. Il faut exercer la pesée normalement au globe, comme pour en atteindre le centre, d'une manière progressive, assez lente et régulière jusqu'à l'apparition de la première pulsation, on a atteint alors la pression diastolique. Pour obtenir la pression systolique la manœuvre est

la même mais la pesée doit être continuée jusqu'à disparition des pulsations.

La mesure est donnée, dans le modèle simple, par le chiffre qui apparaît sur la tige, au ras de la gaine ; dans le modèle à cadran par le chiffre auquel s'est arrêtée l'aiguille indicatrice. (Après lecture, il faut évidemment ramener cette aiguille indicatrice à la position de départ ou 0). Toutes nos mesures ont été faites avec le modèle à cadran.

Enfin le choix de l'ophtalmoscope n'est pas sans intérêt. Il est indispensable de se servir d'un ophtalmoscope électrique n'occupant qu'une seule main, l'autre main devant être libre pour la manœuvre du dynamomètre. De plus il faut un appareil donnant un assez fort grossissement avec un éclairage assez intense. C'est pourquoi on emploie généralement un des modèles d'ophtalmoscope électrique à image droite.

Nous nous sommes servis d'un ophtalmoscope à image renversée qui nous a paru préférable pour les raisons suivantes :

1^o Il n'est pas nécessaire de faire l'examen dans la chambre noire ; c'est un avantage réel car il permet de faire l'examen n'importe où, au lit du malade ou à la salle d'opération par exemple. Mais surtout il permet, sans aucun autre mouvement qu'un regard, de lire rapidement le chiffre obtenu pour la pression diastolique, puis sans déplacer le dynamomètre de continuer la pesée jusqu'à l'obtention de la pression systolique correspondante.

2^o Il permet l'observation d'une distance assez grande de l'œil de la personne à examiner, ce qui est plus agréable, pour le patient comme pour le médecin, et aussi plus commode.

3^o La mise au point est facile. Le patient fixe une petite lumière rouge qu'il suit si l'œil se déplace légèrement sous l'action du peson et la papille se trouve toujours dans le champ de l'observateur.

4^o Bien que son grossissement soit inférieur à celui des ophtalmoscopes à image droite, il est encore très suffisant car l'éclairage est intense et l'image est très nette. D'ailleurs, de crainte de n'avoir pas vu les premières pulsations, nous avons, pour plusieurs de nos malades, vérifié les mesures obtenues en utilisant successivement les deux appareils et nous avons toujours trouvé des chiffres comparables.

CHAPITRE III

CRITIQUE DE LA MESURE DE LA T. A. R.

Pour que des mesures soient comparables et présentent la garantie exigée des recherches scientifiques, il ne suffit pas de les exprimer avec les mêmes unités ; il est indispensable de les effectuer avec des appareils étalonnés.

Malheureusement les appareils employés couramment en clinique pour la mesure de la tension générale, de la tension artérielle rétinienne et de l'ophtalmotonus ne le sont pas et cela peut être une source d'erreurs. De plus, ces instruments ne sont pas toujours très précis.

Dans le tonomètre de SCHIOTZ pour l'examen du tonus oculaire, les causes d'erreur sont réduites au minimum ; l'observateur mesure la dépression provoquée à la surface du globe par un poids d'une valeur déterminée ; la valeur de cette dépression est transmise par une aiguille à un cadran gradué ; le frottement de la tige de transmission dans sa gaine est très faible, le poids du levier qui reçoit l'impulsion est minime. On peut employer un poids plus ou moins léger, 5 grammes, 7 gr. 5, 10 grammes ou 15 grammes, suivant que l'œil est plus ou moins tendu. Avant d'utiliser l'instrument, il est possible et d'ailleurs recommandé d'écouvillonner l'intérieur de la tige creuse pour qu'il n'y ait pas de frottement anormal. De plus en l'appliquant d'abord sur une cornée artificielle, de dureté telle qu'elle ne se laisse pas déprimer, on vérifie que l'aiguille est bien réglée au 0.

Il n'en est pas de même du dynamomètre de BAILLIART. Il est certain que, malgré son ingéniosité à laquelle il faut rendre hommage, malgré la minutie avec laquelle il a établi son appareil, le Dr BAILLIART n'est pas arrivé à en faire un instrument de précision.

Si on applique les préceptes de BAILLIART, l'appareil doit être appuyé sur le globe horizontalement. Or, dans cette position, avec le modèle simple, la tige interne graduée n'est pas à bout de course, c'est-à-dire au zéro ; quand on n'exerce pas encore de pression, sa situation varie entre 0 et 20° et on peut partir indistinctement de ces deux positions quand on commence l'examen. L'action du ressort ne se fait sentir qu'à partir de 20°. Voilà déjà, à notre avis, une cause d'erreur grave.

Si nous penchons légèrement l'extrémité de l'appareil vers le bas, ce défaut s'accroît ; l'action du ressort est neutralisée en partie par celle de la pesanteur et nous voyons sortir la tige interne de 25°.

Inversement, si nous dirigeons cette tige vers le haut, l'action de la pesanteur s'ajoute à celle du ressort et vient vicier le résultat.

Dans le modèle à cadran, avant qu'on n'exerce aucune pression l'aiguille est bien au zéro, et, théoriquement, notre point de départ est plus correct. Mais comme l'a très bien fait remarquer DUBAR, l'inertie constituée par l'engrenage et l'aiguille enregistreuse oblige à exercer une pression plus grande qu'avec l'appareil simple ; et on obtient ainsi avec l'appareil à cadran des résultats qui dépassent d'une demie ou même d'une graduation ceux de l'appareil simple.

Nous nous trouvons donc en présence d'une instrumentation défectueuse qui a été fortement critiquée en particulier par LAUBER, par NOGUES, par BAURMANN, par FRIEDENWALD. Ce dernier est d'avis que l'erreur de l'appareil de BAILLIART dans la détermination de la pression diastolique est de l'ordre de vingt millimètres de mercure.

Il existe d'autres appareils. Les premiers instruments de mesure de la T. A. R. ont été celui de DEYL de Prague (1912), puis celui de THOMSON HENDERSON (1914), enfin celui de BLOCH-VERDIN dont l'appareil de BAILLIART n'est qu'une modification.

A l'étranger, on utilise couramment d'autres instruments basés sur des principes différents :

L'appareil de SOBANSKI est un manomètre à mercure. Il est gradué de 0 à 160, mais les chiffres obtenus doivent être corrigés à l'aide de tables établies par l'auteur.

L'appareil de BAURMANN est un manomètre à air en relation avec le globe oculaire par l'intermédiaire d'une petite pelote pneumatique. Il est gradué de 0 à 85, ce qui est insuffisant.

L'appareil de BLIDUNG est constitué par une capsule pneumatique qui s'applique sur l'œil en s'appuyant sur le pourtour orbitaire ; cette capsule est en communication avec un appareil d'insufflation et avec un manomètre. Elle est transparente pour permettre l'examen de la rétine. C'est un appareil peu maniable et qui, s'il présente l'avantage de mieux répartir la pression sur la surface de l'œil, a de grands inconvénients. Il ne s'adapte pas facilement à tous les orbites, sa pression est utilisée en partie pour refouler le globe dans l'orbite et de plus s'exerce partiellement par l'intermédiaire des paupières. Il n'est donc pas pratique et il est peu précis.

D'autres instruments sont plutôt du domaine du laboratoire, nous citerons l'appareil de SAMOYLOFF à enregistrement photographique, celui de WAGNER à enregistrement graphique, enfin le kymographion de THAL.

Nous n'avons pas voulu, après avoir fait nos premières recherches avec l'appareil de BAILLIART, avoir recours à un autre instrument. Pratiquement, un appareil même défectueux au point de vue graduation donne dans les mêmes

moins des résultats comparables. Les chiffres obtenus ne sont peut-être pas très précis, mais la comparaison des résultats obtenus est toujours possible, les différences persistent quelle que soit la base et c'est ce qui importe pour nos conclusions.

C'est pourquoi nous avons fait toutes nos mesures avec les mêmes appareils et aussi dans les mêmes conditions.

Néanmoins, si nos résultats sont comparables entre eux, ils ne le sont peut-être pas avec ceux des autres chercheurs.

Nous devons encore signaler une cause d'imprécision due au barème de MAGITOT-BAILLIART. Ces auteurs ont établi leurs courbes pour des tonus de 15, 20, 25, 30, 40, 50 et 60 millimètres de mercure et pour des tensions artérielles rétinienne ne dépassant pas 110 grammes.

Lorsque le chiffre trouvé pour l'ophtalmotonus donne une valeur intermédiaire à celles pour lesquelles les courbes ont été tracées, il faut nécessairement faire la correction à l'aide de la courbe de la valeur la plus proche ; mais le chiffre ainsi corrigé n'est pas très exact encore que l'erreur ne soit pas très grande. Et lorsque la tension artérielle rétinienne trouvée à l'ophtalmodynamomètre de BAILLIART dépasse 110 grammes, ce qui est assez fréquent, même pour la T. A. R. diastolique, chez les hypertendus par exemple, il n'est plus possible de faire la correction.

Notons d'ailleurs que pour des T. A. R. assez élevées, la poussée exercée refoule l'œil dans l'orbite et une partie de la force employée est ainsi absorbée, ce qui fausse encore les résultats, sans parler des variations de tonus engendrées de ce fait.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

J... J..., 22 ans.

Soigné dans un service de Médecine pour urétrite et arthrite blennorrhagiques. Le début de l'affection date de 5 mois. Au point de vue ophtalmologique : Iritis blennorrhagique gauche avec synéchies, exsudats, milieux troubles.

Vaccinothérapie ; Instillations de collyre à l'Atropine.

19 décembre 1934.

Pachon : 12/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30/70.

TAR corrigée og : 30/70.

TAR diastolique % de T. H. Pachon : 50 %.

30 janvier 1935.

Pachon : 11/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/80 (sur la paupière).

TAR corrigée og : 35/77.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 58 %.

OBSERVATION N° 2

L... Fernand, 46 ans ; Consultant.

Myopie : — 12 ; Slérochoroïdite.

1^{er} décembre 1934.

Vaquez : 14/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30/70.

TAR corrigée og : 30/70.

TAR diastolique % de T. H. : 43,3 %.

OBSERVATION N° 3

B... André, 50 ans, employé ; Consultant.

Inégalité pupillaire ; Argyll ; Atrophie optique.

12 décembre 1934.

Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée : og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 41 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/110.

TAR corrigée og : 35/92.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %.

OBSERVATION N° 4

Le P..., Georges, 38 ans ; Consultant.

30 janvier 1935.

Pachon : 12,5/6 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 40/80.

TAR corrigée od : 40/77.

TAR diastolique % de T. H. : 66,6 %.

OBSERVATION N° 5

C... Charles, 25 ans ; Consultant.

Léger astigmatisme od ; og normal.

26 janvier 1935.

Vaquez : 13/7 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée : og : 40/80.

TAR corrigée og : 49/85.

TAR diastolique % de T. H. : 70 %.

30 janvier 1935.

Pachon : 13/5 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/60.

TAR corrigée : og 42/69.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 84 %.

2 février 1935.

Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus og : 24.

TAR mesurée og : 30/60.

TAR corrigée og : 41/75.

TAR diastolique % de T. H. : 48 %.

13 avril 1935.

Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 30 / > 100.

TAR corrigée : og 35 / > 101.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %.

17 avril 1935.

Pachon : 13/5 ; Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 37 / > 100.

TAR corrigée og : 46 / > 101.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 92 % ; Vaquez : 51 %.

20 avril 1935.

Vaquez : 12/7 ; Tonus og : 24.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 55.

TAR diastolique % de T. H. : 78,5 %.

OBSERVATION N° 6

F... René, 40 ans ; Consultant.

og : Enucléé (accident).

od : papille décolorée dans le segment temporal.

BW négatif.

2 février 1935.

Vaquez : 15/10, Pachon : 15/7 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 35.

TAR corrigée od : 35.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 35 % ; Pachon : 50 %.

6 février 1935.

Vaquez : 15/9 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée : od 40. Indice d'écrasement 15.

TAR corrigée od : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 44, 4 %.

OBSERVATION N° 7

G... Fernand ; Consultant.

Opacités du cristallin.

9 février 1935.

Vaquez : 13/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45/100.

TAR corrigée og : 45/89.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %.

OBSERVATION N° 8

G... Victor ; Consultant.

Hypermétropie.

2 février 1935.

Pachon : 14/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35. Indice d'écrasement : 12.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

OBSERVATION N° 9

Br... Joseph, 26 ans ; Consultant.

Examen négatif.

André Martin

2 février 1935.

Vaquez : 12/7 ; Pachon : 12/5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30.

TAR corrigée og : 30.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 42,8 % ; Pachon : 60 %.

OBSERVATION N° 10

Bi... Paul ; Consultant.

Examen négatif.

6 février 1935.

Pachon : 15/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 50 %.

OBSERVATION N° 11

Le... Charles, 41 ans ; Consultant.

Céphalées ; Examen des yeux négatif.

2 février 1935.

Vaquez : 13/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30.

TAR corrigée og : 30.

TAR diastolique % de T. H. : 42,8 %.

OBSERVATION N° 12

La... Arthur, 45 ans ; Consultant.

20 février 1935.

Pachon : 13/6 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 35.

TAR corrigée od : 35.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 58 %.

6 mars 1935.

Pachon : 17/7 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 40/80. Indice d'écrasement : 10.

TAR corrigée od : 40/77.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 57 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 12,5/8 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 40/100.

TAR corrigée od : 40/89.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

20 mars 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 48/110.

TAR corrigée od : 48/92.

TAR diastolique % de T. H. : 60 %.

23 mars 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 50/130.

TAR corrigée od : 50/x.

TAR diastolique % de T. H. : 62,5 %.

OBSERVATION N° 13

Ca... Joseph, 59 ans ; Consultant.

Conjonctivite.

9 février 1935.

Vaquez : 16/11 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/70.

TAR corrigée og : 35/70.

TAR diastolique % de T. H. : 31 ; 8 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45/110.

TAR corrigée og : 45/92.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

23 mars 1935.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/115. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 35/x.

TAR diastolique % de T. H. : 35 %.

OBSERVATION N° 14

Se... Pierre, 60 ans ; Consultant.

6 février 1935.

Vaquez : 19/12 ; Pachon : 21/10 ; Tonus og 17.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 60.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; Pachon : 60 %.

9 février 1935.

Vaquez : 22/13 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 53,8 %.

OBSERVATION N° 15

Le... Nicolas, 57 ans ; Consultant.

Conjonctivite.

2 février 1935.

Vaquez : 16,5/13, Pachon 17/8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 40/80.

TAR corrigée og : 50/85.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 38,4 % ; Pachon : 62 %.

6 février 1935.

Vaquez : 18/12, Pachon : 23/7 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 40/80.

TAR corrigée og : 50/85.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 41,6 % ; Pachon : 71,4 %.

2 mars 1935.

Pachon : 19/7 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 45/90.

TAR corrigée og : 54/93.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 77 %.

6 mars 1935.

Pachon : 25/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 50 / > 100.

TAR corrigée og : 59 / > 101.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 65,5 %.

9 mars 1935.

Vaquez : 19/11 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 45, 60/130.

TAR corrigée og : 55, 59/x.

TAR diastolique % de T. H. : 50 % ; 53,6 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 19/12 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/110.

TAR corrigée og : 42/115.

TAR diastolique % de T. H. : 35 %.

20 mars 1935.

Vaquez : 17/11 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/130.

TAR corrigée og : 42/x.

TAR diastolique % de T. H. : 38 %.

25 mars 1935.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 40/130. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 49/x.

TAR diastolique % de T. H. : 49 %.

13 avril 1935.

Vaquez : 21/12 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/130.

TAR corrigée og : 42/x.

TAR diastolique % de T. H. : 35 %.

17 avril 1935.

Vaquez : 18/12 ; Pachon : 20/8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/120.

TAR corrigée og : 42/x.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 35 % ; Pachon : 52,5 %.

19 avril 1935.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 49.

TAR diastolique % de T. H. : 49 %.

6 mai 1935.

Vaquez : 18/12 ; Pachon : 18/8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/120.

TAR corrigée og : 42/x.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez 35,5 % ; Pachon 52,5 %.

11 mai 1935.

Vaquez : 16/10 ; Pachon : 22/8 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 42.

TAR diastolique de T. H. : Vaquez : 42 % ; Pachon : 52,5 %.

OBSERVATION N° 16.

Ch... Jules, 46 ans ; Consultant.

Hémorragie sous-conjonctivale og. Fonds normaux.

2 février 1935.

Vaquez : 15/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 42.

TAR diastolique % de T. H. : 42 %.

OBSERVATION N° 17

Ni... René, 25 ans ; Consultant.

Taies des deux cornées. Strabisme externe gauche.

13 février 1935.

Vaquez : 14/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 35 %.

OBSERVATION N° 18

Co... Henri, 64 ans ; Consultant.

Légère inégalité pupillaire. Photoréaction normale.

20 mars 1935.

Vaquez : 20/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40/120.

TAR corrigée og : 40/x.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

OBSERVATION N° 19

Ch... Louis, 56 ans ; Consultant.

Examen négatif.

13 mars 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30/110.

TAR corrigée og : 30/92.

TAR diastolique % de T. H. : 37,5 %.

OBSERVATION N° 20

Ab... Joseph, 63 ans ; Consultant.

Inégalité pupillaire. Photo-réaction faible. Sclérochoroïdite.

20 mars 1935.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 50/130.

TAR corrigée og : 50/x.

TAR diastolique % de T. H. : 62,5 %.

OBSERVATION N° 21

Le... Henri, 32 ans ; Consultant.

Se plaint d'amblyopie og. Aucune lésion objective.

8 mars 1935.

Vaquez : 12/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40/75.

TAR corrigée og : 40/74.

TAR diastolique % de T. H. : 44,4 %.

OBSERVATION N° 22

Ta... Jules, 30 ans ; Consultant.

Examen négatif, fonds normaux, tortuosités vasculaires.

6 mars 1935.

Pachon : 20/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35 / > 100. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 35 / > 89.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 58 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 14,5/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/100.

TAR corrigée og : 36/89.

TAR diastolique % de T. H. : 35 %.

OBSERVATION N° 23

An... Louis, 56 ans, camionneur ; Consultant.

Og : glaucome chronique (Tonus 60), papille excavée.

Vague perception lumineuse. Trépanation d'Elliot.

Od : Papille normale.

25 mars 1936.

Vaquez : 17/9,5 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 70.

TAR corrigée od : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 73,6 %.

28 mars 1936.

Vaquez : 15/8,5 ; Tonus od : 20.

TAR mesurée od : 75.

TAR corrigée od : 81.

TAR diastolique % de T. H. : 95 %.

1^{er} avril 1936.

Vaquez : 13,5/8 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 45.

TAR corrigée od : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %.

OBSERVATION N° 24

Bo... Félix, 66 ans, Consultant.

AORTIQUE. Fonds normaux. Artères grèles.

26 mars 1935.

Vaquez : 16/5 ; Tonus og : 15,7.

TAR mesurée og : 28, 40/110.

TAR corrigée og : 28, 40/92.

TAR diastolique % de T. H. : 56 % ; 80 %.

30 mars 1935.

Vaquez : 16,5/7,5 ; Pachon : 16,5/5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30/130.

TAR corrigée og : 30/x.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 40 % ; Pachon : 60 %.

3 avril 1935.

Vaquez : 16,5/6 ; Tonus og : 15,7.

TAR mesurée og : 35/100.

TAR corrigée og : 35/89.

TAR diastolique % de T. H. : 58 %.

11 avril 1935.

Vaquez : 16,5/4 ; Pachon : 24/1 ; Tonus og : 12,5.

TAR mesurée og : 28, 32/> 120.

TAR corrigée og : 28, 32/x.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez 70 % ; 80 % ; Pachon 280 % ; 320 %.

18 mai 1935.

Vaquez : 18/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 58 %.

21 mai 1935.

Vaquez : 14/4 ; Tonus og : 15,7.

TAR mesurée og : 25/120.

TAR corrigée og : 25/x.

TAR diastolique % de T. H. : 62,5 %.

12 juin 1935.

Vaquez : 15/5 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 30/> 120.

TAR corrigée og : 30/x.

TAR diastolique % de T. H. : 60 %.

OBSERVATION N° 25

Cha... Michel, 49 ans ; Consultant.

Hypermétropie. Fonds normaux.

20 mars 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30/90.

TAR corrigée og : 30/81.

TAR diastolique % de T. H. : 37,5 %.

OBSERVATION N° 26

Ba... Surveillant.

Légère HYPERTENSION GÉNÉRALE, fonds normaux.

9 mars 1935.

Vaquez : 16/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 42. Indice d'écrasement 15.

TAR corrigée og : 52.

TAR diastolique % de T. H. : 57,7 %.

23 mars 1935.

Vaquez : 17/11 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 45. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 55.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

3 avril 1935.

Vaquez : 16,5/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 43.

TAR diastolique % de T. H. : 43 %.

18 avril 1936.

Vaquez : 16/11 ; Tonus og : 27,5.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 85.

TAR diastolique % de T. H. : 77 %.

25 juillet 1936.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 25,4.

TAR mesurée og : 85, 90, 58, 48, 70, 50, 55.

TAR corrigée og : 96, 100, 73, 63, 85, 65, 70.

TAR diastolique % de T. H. : 96 % ; 100 % ; 73 % ; 63 % ;
85 % ; 65 % ; 70 %.

OBSERVATION N° 27

Fr... Pierre, 57 ans ; Consultant.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

od : Taie centrale de la cornée.

og : Chorioretinite maculaire.

9 mars 1935.

Vaquez : 19/11 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 40,9 %.

18 mars 1935.

Vaquez : 17/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 116 %.

20 mars 1935.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 12,5.

TAR mesurée og : 50.

TAR corrigée og : 50.

TAR diastolique % de T. H. : 55,5 %.

OBSERVATION N° 28

De... Emile, 51 ans ; Consultant.

Astigmatisme Hypermétropique od. Hypermétropie og.

9 mars 1935.

Pachon : 15/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 57 %.

13 mars 1935.

Vaquez : 14,5/10,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/115.

TAR corrigée og : 35/x.

TAR diastolique % de T. H. : 33,3 %.

16 mars 1935.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/115.

TAR corrigée og : 35/x.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %.

27 mars 1935.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %.

10 avril 1935.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 80/140.

TAR corrigée og : 77/x.

TAR diastolique % de T. H. : 96 %.

27 avril 1935.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 16/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 50/120.

TAR corrigée og : 50/x.

TAR diastolique % de T. H. : 55,5 % (Pachon et Vaquez).

4 mai 1935.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 16/9 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 55.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 77,7 % (Pachon et Vaquez).

21 mai 1935.

Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35 /> 120.

TAR corrigée og : 35 /x.

TAR diastolique % de T. H. : 41 %.

5 juin 1935.

Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

29 juin 1935.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 15/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45, 50, 40.

TAR corrigée og : 45, 50, 40.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; 55,5 % ; 33,3 % ;

Pachon : 64 % ; 71 % ; 57 %.

12 octobre 1935.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 40, 60, 70.

TAR corrigée og : 40, 60, 70.

TAR diastolique % de T. H. : 44,4 % ; 66,6 % ; 77,7 %.

23 septembre 1936.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35, 39.

TAR corrigée og : 35, 39.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 % ; 43,3 %.

26 septembre 1936.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45 /> 130, 45, 45, 45. od : 53 /> 100, 53, 42, 65.

TAR corrigée og : 45 /x, 45, 45, 45. od : 53 /> 89, 53, 42, 65.

TAR diastolique % de T. H. : 50 % ; 50 % ; 59 % ; 50 % ;
58,8 % ; 58,8 % ; 46,6 % ; 72,2 %.

3 octobre 1936.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %.

14 octobre 1936.

Vaquez : 16/9 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 55 /> 150, 65.

TAR corrigée og : 55 /x, 65.

TAR diastolique % de T. H. : 61 %, 72 %.

17 octobre 1936.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 50, 50, 50, 48, 60.

TAR corrigée og : 50, 50, 50, 48, 60.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %, 50 %, 50 %, 48 %, 60 %.

24 octobre 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 38, 38, 34/130, 44, 46.

TAR corrigée og : 38, 38, 34/x, 44, 46.

TAR diastolique % de T. H. : 47,5 % ; 47,5 % ; 42,5 % ; 55,5 % ; 57,5 %.

9 décembre 1936.

Vaquez : 14/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 35 /> 135, 48, 68. od : 65, 48, 108, 78, 110.

TAR mesurée og : 35 /x, 48, 68. od : 65, 48, 92, 76, 92.

TAR diastolique % de T. H. : 42,5 % ; 60 % ; 85 % ; 81 % ; 42,5 % ; 115 % ; 95 % ; 115 %.

12 décembre 1936.

Vaquez : 14/8,5 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 50, 50, 45 /> 125, 45/120 ; od : 55, 45, 50, 42 /> 145.

TAR corrigée og : 50, 50, 45 /x ; od : 55, 45, 50, 42 /x.

TAR diastolique % de T. H. : 58,8 % ; 58,8 % ; 52,9 % ; 52,9 % ; 64,7 % ; 52,9 % ; 58,8 % ; 49,4 %.

16 décembre 1936.

Vaquez : 14,5/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 32/120, 36, 36, 30. od : 30 /> 135, 36, 42.

TAR corrigée og : 32 /x, 36, 36, 30. od : 30 /x, 36, 42.

TAR diastolique % de T. H. : 40 %, 45 %, 45 %, 37,5 % ; 37,5 % ; 45 %, 52,5 %.

OBSERVATION N° 29

Me... Victor, 66 ans. Tanneur. Consultant.

GROSSE HYPERTENSION GÉNÉRALE.

od : énucléé en 1931 : décollement de la rétine ; hémorragies et poussées inflammatoires.

og : myopie forte. Sclérochoroïdite myopique et chorioretinite périphérique ; fines opacités du cristallin.

22 mars 1935.

Vaquez : 19/14 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 81.

TAR diastolique % de T. H. : 57,8 %.

6 avril 1935.

Vaquez : 23/13 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 85.

TAR corrigée og : 80.

TAR diastolique % de T. H. : 61,5 %.

17 avril 1935.

Vaquez : 23,5/11 ; Pachon : 23/9 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 63,6 % ; Pachon : 77,7 %.

20 avril 1935.

Vaquez : 23/12 ; Tonus og : 12.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 81.

TAR diastolique % de T. H. : 67,5 %.

16 octobre 1935.

Vaquez : 24/12 ; Tonus og : 12.

TAR mesurée og : 100.

TAR corrigée og : 89.

TAR diastolique % de T. H. : 74 %.

23 octobre 1935.

Vaquez : 24/12 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 80 / > 150.

TAR corrigée og : 77 /x.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %.

30 octobre 1935.

Vaquez : 23/12 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée : og 77.

TAR diastolique de T. H. : 64 %.

30 novembre 1935.

Vaquez : 22/11 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 100.

TAR corrigée og : 89.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

11 janvier 1936.

Vaquez : 21/12 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 100, 80, 90, 100.

TAR corrigée og : 89, 77, 81, 89.

TAR diastolique % de T. H. : 74 % ; 64 % ; 67,5 % ; 74 %.

8 février 1936.

Vaquez : 21/11,5 ; Tonus og : 12.

TAR mesurée og : 95.

TAR corrigée og : 85.

TAR diastolique % de T. H. : 73 %.

4 mars 1936.

Vaquez : 18,5/11 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 81.

TAR diastolique % de T. H. : 73,6 %.

25 mars 1936.

Vaquez : 23/11 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 100.

TAR corrigée og : 89.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

14 avril 1936.

Vaquez : 20/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 75, 85, 75.

TAR corrigée og : 74, 80, 74.

TAR diastolique % de T. H. : 74 %, 80 %, 74 %.

18 avril 1936.

Vaquez : 21,5/11 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 100, 100.

TAR corrigée og : 89, 89.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %, 80 %.

12 décembre 1936.

Vaquez : 19,5/11 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : > 100.

TAR corrigée og : > 89.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

16 janvier 1937.

Vaquez : 20/10,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 80 / > 150, 85.

TAR corrigée og : 77/x, 80.

TAR diastolique % de T. H. : 75,3 % ; 76 %.

3 février 1937.

Vaquez : 21,5/11,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée : og : 120.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : x.

3 mars 1937.

Vaquez : 22,5 12 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : > 150.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : x.

6 mars 1937.

Vaquez : 19/11 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 105, 130, 95.

TAR corrigée og : 91, x, 85.

TAR diastolique % de T. H. : 82,7 % ; x ; 77,2 %.

13 mars 1937.

Vaquez : 20/11 ; Tonus og : 13,4.

TAR mesurée og : > 100.

TAR corrigée : > 89.

TAR diastolique % de T. H. : 80, 9 %.

3 avril 1937.

Vaquez : 22/10 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 88.
TAR corrigée og : 81.
TAR diastolique : % de T. H. : 81 %.
22 mai 1937.
Vaquez : 21,5/12 ; Tonus og : 14,5.
TAR mesurée og : 118.
TAR corrigée og : x.
TAR diastolique % de T. H. : x.

OBSERVATION N° 30.

He... Paul, 69 ans ; Consultant.
20 avril 1935.
Vaquez : 18/8 ; Tonus og : 12.
TAR mesurée og : 35.
TAR corrigée og : 35.
TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %.
23 avril 1935.
Pachon : 25/8 ; Vaquez : 21/8 ; Tonus : 12.
TAR mesurée og : 35/130.
TAR corrigée og : 35/x.
TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %. (Pachon et Vaquez).

OBSERVATION N° 31.

Pa... Grégoire, 69 ans ; Consultant.
Hypermétropie.
19 avril 1935.
Vaquez : 20/6 ; Tonus og : 17.
TAR mesurée og : 35. Indice d'écrasement 10.
TAR corrigée og : 35.
TAR diastolique % de T. H. : 58 %.

OBSERVATION N° 32.

Be... Marcel, 23 ans.

Hospitalisé dans un service de médecine.

Paralysie faciale droite (en voie de régression) ayant débuté il y a environ un mois, après une quinzaine de jours de céphalées violentes. Chancre syphilitique de la verge il y a 7 mois, traité par deux séries de Novar et une série de quinby, cette dernière interrompue pour gingivite.

Vernes péréthynol 0 ; Vernes résorcine 12 ; BW négatif.

L'examen des yeux montre : lagophtalmie droite et néphélium cornée droite, pupilles égales, photoréaction normale, fonds normaux.

6 avril 1935.

Vaquez : 11/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

OBSERVATION N° 33.

La... Louis, 71 ans ; Consultant.

odg : conjonctivite, opacités du cristallin.

6 mars 1935.

Pachon : 18/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35/90. Indice d'écrasement 15.

TAR corrigée og : 35/81.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 58,3 %.

OBSERVATION N° 34.

Do... Oscar, 60 ans ; Consultant.

Se plaint d'héméralopie, fonds normaux.

Pas de troubles de la vision des couleurs.

15 mai 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %.

OBSERVATION N° 35.

La... Joseph, 65 ans ; Consultant.

Conjonctive. HYPERTENSION GÉNÉRALE.

4 mai 1935.

Vaquez : 21/11 ; Pachon : 26/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 31,8 % ; Pachon : 38,8 %.

8 mai 1935.

Vaquez : 19/10 ; Pachon : 19/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 38.

TAR corrigée og : 38.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 38 % ; Pachon : 54,2 %.

21 mai 1935.

Vaquez : 20/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30.

TAR corrigée og : 30.

TAR diastolique % de T. H. : 30 %.

OBSERVATION N° 36.

Be... Georges, 59 ans ; Consultant.

Légère hémorragie sous conjonctivale og.

8 mai 1935.

Vaquez : 15/8 ; Pachon : 17/8 ; Tonus og : 27.

TAR mesurée og : 35 / > 120.

TAR corrigée og : 49/x.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez et Pachon : 61 %.

11 mai 1935.

Vaquez : 12/8 ; Pachon : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45 / > 120, 40, 45, 50.

TAR corrigée og : 45/x , 40, 45, 50.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez et Pachon : 56,2 % ;
50 % ; 56,2 % ; 50 %.

15 mai 1935.

Vaquez : 17/9 ; Tonus og : 13,5.

TAR mesurée og : 60, 70, 40, 65, 67, 65.

TAR corrigée : og 60, 70, 40, 65, 67, 65.

TAR diastolique % de T. H. : 66,6 % ; 77,7 % ; 33,3 % ; 72,2 %
73,7 % ; 72,2 %.

18 mai 1935.

Vaquez : 12,5/7,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : assis : 35, 42, 40, 32. Couché : 42.

TAR corrigée og : assis : 35, 42, 40, 32. Couché : 42.

TAR diastolique % de T. H. : 46,6 % ; 55 % ; 53,3 % ; 42,6 %
56 %.

21 mai 1935.

Vaquez : 12,5/7 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 42.

TAR diastolique % de T. H. : 60 %.

OBSERVATION N° 37.

Da... Nicolas, 63 ans ; Consultant.

Conjonctivite catarrhale légère, photoréaction faible.

Fines opacités du cristallin, chorioretinite disséminée.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

30 mai 1935.

Vaquez : 19/11. Tonus og : 10,6.

TAR mesurée og : assis : 60, 68. Couché : 60.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : x.

OBSERVATION N° 38.

Re... Emile, 31 ans ; Consultant.

Examen des yeux négatif.

1^{er} juin 1935.

Vaquez : 13/7 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og 35/80. Indice d'écrasement 10.

TAR corrigée og : 35/77.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

5 juin 1935.

Vaquez : 12,5/7 ; Pachon : 16/7 ; Tonus og* : 12,4.

TAR mesurée og : 55, 45, 40, 35, 50, 45.

TAR corrigée og : 55, 45, 40, 35, 50, 45.

TAR diastolique % de T. H. : 78,5 % ; 64,2 % ; 57,1 % ; 50 % ; 71,4 % ; 64,2 %.

OBSERVATION N° 39.

De... Désiré, 66 ans ; Consultant.

AORTIQUE.

od : leucome total.

og : glaucome opéré (trépanation d'Elliot) V = 1/10.

24 juillet 1935.

Vaquez : 20/5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

14 septembre 1935.

Vaquez : 20/5 ; Tonus : og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

19 octobre 1935.

Vaquez : 18,5/7 ; Tonus og : 15,5.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %.

OBSERVATION N° 40.

De... Albert, 35 ans (Maître d'Hôtel). Consultant.

Examen des yeux négatif.

1^{er} juillet 1935.

Vaquez : 15/10 ; Tonus og : 10,6.

TAR mesurée og : 40 / > 110. od 40 / > 120.

TAR corrigée og : x. od x.

TAR diastolique % de T. H. : x ; x.

3 juillet 1935.

Vaquez : 15/10 ; Tonus odg : 10,6.

TAR mesurée og : 40, 39, 35.

TAR corrigée og : x, x, x.

TAR diastolique % de T. H. : x ; x ; x ;

OBSERVATION N° 41.

Va... Louis, 65 ans ; Consultant.

HYPERTENSION GÉNÉRALE (Differentielle élevée).

od : dilatations variqueuses des veines de la papille.

31 juillet 1935.

Pachon : 21/7 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 55, 60.

TAR corrigée og : 64, 69.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 91 % ; 98,5 %.

OBSERVATION N° 42.

Pe... Eugène, 59 ans ; Consultant.

odg : fines opacités du cristallin, fonds normaux.

6 juillet 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 80, 50, 55, 55.

TAR corrigée og : 77, 50, 55, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 96,2 %, 62,5 % ; 68,7 % ; 68,7 %.

OBSERVATION N° 43.

Ma... Yves, 24 ans ; Consultant.

Aurait reçu, il y a 4 mois, des coups de marteau sur la tête.

od : opacités périphériques du cristallin, vers 5 heures.

Fond normal V = 8/10.

og : rien à signaler.

13 juillet 1935.

Vaquez : 11,5/7 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 39.

TAR corrigée og : 39.

TAR diastolique % de T. H. : 55,7 %.

OBSERVATION N° 44.

Le... Alfred, 65 ans ; Consultant.

Crises épileptiformes depuis 7 ans.

Conjonctivite bilatérale.

6 juillet 1935.

Vaquez : 10/6 ; Pachon : 10/6 ; Tonus : 10,6.

TAR mesurée og : 38, 40, 39.

TAR corrigée og : x, x, x.

TAR diastolique % de T. H. : x, x, x.

OBSERVATION N° 45.

De... André, 33 ans.

En observation dans un service de Médecine pour amnésie, somnambulisme, fugues à caractère comitial, instabilité neuro-psychique caractérisée par agitation, impressionnabilité, troubles vasomoteurs, rougeur et pâleur subites et intermittentes.

ANTÉCÉDENTS : chute d'une hauteur de 15 mètres en 1920 ; traumatisme crânien important, coma pendant plusieurs jours, fractures de côtes. Nouvelle chute d'une hauteur de 3 mètres il y a 2 ans ; pas de maladies vénériennes avouées ou décelables.

Vernes péréthynol 0 ; Vernes Résorcine 16.

EXAMEN DES YEUX ; pupilles égales, photoréaction normale, milieux clairs, fonds normaux.

14 septembre 1935.

Vaquez : 12,5 / 8,5 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 60, 50, 60, 60.

TAR corrigée og : 69, 59, 69, 69.

TAR diastolique % de T. H. : 81 % ; 69,4 % ; 81 % ; 81 %.

25 septembre 1935.

Vaquez : 12,5 / 8 ; Tonus odg : 18,4.

TAR mesurée og : 49, 55, 60, 60.

TAR corrigée og : 58, 64, 69, 69.

TAR diastolique % de T. H. : 72,5 % ; 80 % ; 86,2 % ; 86,2 %.

OBSERVATION N° 46.

Pr... Eugène, 59 ans ; Consultant.

od : éviscéré pour glaucome.

og : Taie punctiforme centrale, opacités du cristallin.

Fond normal, pas d'excavation, V = I.

25 septembre 1935.

Vaquez : 12,5 / 8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 50.

TAR corrigée og : 59.

TAR diastolique % de T. H. : 73,7 %.

28 septembre 1935.

Vaquez : 12 / 8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 60, 50.

TAR corrigée og : 60, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 75 % , 62,5 %.

11 janvier 1936.

Vaquez : 13,5 / 10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 65.

TAR corrigée og : 73.

TAR diastolique % de T. H. : 73 %.

OBSERVATION N° 47.

Ra... Mohamed, 28 ans.

Soigné dans un service de Chirurgie pour fracture du poignet gauche et contusions de la face.

odg : hémorragies sous-conjonctivales.

Pupilles égales, photoréaction normale, fonds normaux.

28 septembre 1935.

Vaquez : 14/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 38.

TAR corrigée og : 38.

TAR diastolique % de T. H. : 47,5 %.

OBSERVATION N° 48.

Pa... Arthur, 41 ans ; Consultant.

od : cataracte V = O.

og : opacités du cristallin, Hémorragies du vitré.

4 décembre 1935.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %.

7 décembre 1935.

Vaquez : 11/6 ; Tonus og : 10,6.

TAR mesurée og : 38.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : x.

OBSERVATION N° 49.

Ch... Léon, 33 ans.

Entré dans un service de chirurgie le 3 octobre après une chute du 2^e étage. N'a pas perdu connaissance. Fracture du gros orteil gauche, contusions multiples. Ecchymoses et œdème palpébral à gauche. Hémorragie sous-conjonctivale.

Pupilles égales, photoréaction normale, milieux clairs, fonds normaux.

23 octobre 1935.

Vaquez 14/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 70/125. Indice 10. od : 50/90. Indice 15.

TAR corrigée og : 70/x ; od : 50/81.

TAR diastolique % de T H. : 77,7 % ; 55,5 %.

OBSERVATION N° 50.

Ca... Eugène, 50 ans, Consultant.

Examen négatif.

16 octobre 1935.

Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée 60.

TAR corrigée og : 75.

TAR diastolique % de T. H. : 83,3 %.

OBSERVATION N° 51.

Go... Eugène, 62 ans ; Consultant.

Pupilles égales, photoréaction faible, milieux clairs, fonds normaux.

2 octobre 1935.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35 /> 150, 38.

TAR corrigée og : 35 /x, 38.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 47,5 %

9 octobre 1935.

Vaquez : $14/8$; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : $35/>$ 135, 38, 40.

TAR corrigée og : $35/x$, 38, 40.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 47,5 % ; 50 %.

OBSERVATION N° 52.

Wa... Louis, 42 ans ; Consultant.

Hémorragies sous-conjonctivales odg, fonds normaux.

6 novembre 1935.

Vaquez : $11/6$; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : $28/80$.

TAR corrigée og : $28/77$.

TAR diastolique % de T. H. : 46,6 %.

OBSERVATION N° 53.

Ga... Mathurin, 44 ans.

En traitement dans un service de Médecine. Sclérose en plaque.

9 novembre 1935.

AVANT P. L. Vaquez : $12/8$; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 39, 42.

TAR corrigée og : 39, 42.

TAR diastolique % de T. H. : 48,7 % ; 52,5 %.

PL 10 cc. Tension Rachidienne : $23/12$.

APRÈS P. L. Vaquez : $10,5/8$; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 54.

TAR diastolique % de T. H. : 67,5 %.

OBSERVATION N° 54.

De... Eugène, 67 ans ; Consultant.

od : papille décolorée, artères rétrécies.

Perte brusque de la vision l'année dernière.

Embolie artère centrale ?

og : décoloration du segment temporal.

Photoréaction normale.

4 décembre 1935.

Vaquez : 18/10 ; Pachon : 23/8 ; Tonus og : 27 ; od : 23.

TAR mesurée og : 55 /> 145, 60.

TAR corrigée og : 70/x, 75.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 70 %, 75 %, Pachon : 87,5 % ; 93,7 %.

7 décembre 1935.

Vaquez : 16,5/10 ; Pachon : 20/10 ; Tonus og : 27, od : 20.

TAR mesurée og : 55, 65 ; od : 68.

TAR corrigée og : 70, 80 ; od : 76.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon et Vaquez : 70 % ; 80 % ; 76 %.

OBSERVATION N° 55.

To... Ernest, 41 ans, Consultant.

Soigné dans un service de Chirurgie de mai à juin 1935 pour fracture de la sixième côte, fracture d'apophyses épineuses cervicales et contusions multiples, suites d'un accident. Depuis, sinistrose.

L'examen des yeux ne révèle rien d'anormal.

11 décembre 1935.

Vaquez : 13/7 ; Pachon : 12/6 ; Tonus og : 17, Od : 20.

TAR mesurée og : 25 /> 100.

TAR corrigée og : 25 /> 89.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 35,7 % ; Pachon : 41 %.

OBSERVATION N° 56.

S... Marcelle, 33 ans, Consultante.

Blépharo-Conjonctivite catarrhale.

17 octobre 1935.

Vaquez : 15/7 ; Pachon : 18/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 42.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez 60 % ; Pachon 46,6 %.

10 avril 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 80, 65.

TAR corrigée og : 85, 73.

TAR diastolique % de T. H. : 106 %, 91 %.

OBSERVATION N° 57.

Va... Marie, 52 ans ; Consultante.

Hypermétropie forte : od + 8, og + 8,5.

Pupilles inégales et irrégulières. Photoréaction faible.

Milieux clairs, fonds normaux.

30 janvier 1935.

Pachon : 12/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 48.

TAR corrigée og : 48.

TAR diastolique % de T. H. : 80 %.

OBSERVATION N° 58.

Ca... Marie, 54 ans ; Consultante.

Larmolement sans refoulement.

od : hémorragie sous-conjonctivale et hémorragie papillaire.

16 février 1935.

Vaquez : 14/9 ; Pachon : 14/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 77,7 % ; Pachon : 116 %.

OBSERVATION N° 59.

Le S... Germaine, 24 ans.

Taie centrale des 2 cornées, fonds normaux.

2 février 1935.

Vaquez : 13 / 7,5 ; Pachon : 12 / 4 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 53,3 % ; Pachon : 100 %.

OBSERVATION N° 60.

Be... Julie, 64 ans ; Consultante.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Orgelet paupière supérieure droite.

Légère inégalité pupillaire, photoréaction faible.

13 avril 1935.

Vaquez : 26 / 14 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 80 / > 130. Indice : 15.

TAR corrigée og : 85 / x.

TAR diastolique % de T. H. : 60,7 %.

OBSERVATION N° 61.

Du... Adeline, 59 ans. Consultante.

Examen des yeux négatif.

10 avril.

Vaquez : 16 / 9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 80 / 140.

TAR corrigée : og 77 / x.

TAR diastolique % de T. H. : 85,5 %.

OBSERVATION N° 62.

M^{me} Ch..., 34 ans ; Consultante.

Se plaint de céphalées et vertiges.

Hypermétropie od + 1,50 ; og + 1.

11 mai 1935.

Vaquez : 14/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 60, 65.

TAR corrigée og : 69, 73.

TAR diastolique % de T. H. : 69 %, 73 %.

18 mai 1935.

Vaquez : 13,5/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 65, 45, 55.

TAR corrigée og : 73, 55, 65.

TAR diastolique % de T. H. : 73 %, 55 %, 65 %.

28 mai 1935.

Vaquez : 14/10 ; Pachon : 15/10 ; Tonus odg : 23.

TAR mesurée og : 50, 40, 60.

TAR corrigée og : 65, 55, 75.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez et Pachon : 65 %, 55 %, 75 %.

OBSERVATION N° 63.

De... Armandine, 57 ans ; Consultante.

Se plaint d'amblyopie. Examen négatif.

15 juin 1935.

Vaquez : 13/8 ; Pachon : 16/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60, 70. od : 50.

TAR corrigée og : 60, 70. od 50.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez et Pachon : 75 %, 87,5 % ; 62,5 %.

22 juin 1935.

Vaquez : 14/8 ; Pachon : 11/7 ; Tonus odg : 17.)

TAR mesurée og : 42. od : 40.

TAR corrigée og : 42. od : 40.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 52,5 % ; 50 % ; Pachon : 60 % ; 57,1 %.

OBSERVATION N° 64.

Ro... Clémentine, 59 ans. Consultante.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Examen des yeux négatif.

8 juin 1936.

Vaquez : 23/14 ; Pachon : 22,5/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : assise 90, couchée 100.

TAR corrigée og : assise, 81, couchée 89.

TAR diastolique % de T. H. : assise : Vaquez : 57,8 % ; Pachon : 101 %. Couchée : Vaquez : 63,5 % ; Pachon : 111 %.

OBSERVATION N° 65.

Or... Elisa, 68 ans ; Consultante.

Pupilles égales, photoréaction normale, milieux clairs, fonds normaux. Fibres à myéline à gauche.

19 juin 1935.

Vaquez : 16,5/8 ; Tonus og : 21,5.

TAR mesurée og : 30, 32, 32.

TAR corrigée og : 35, 37, 37.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 46,2 % ; 46,2 %.

22 juin 1935.

Vaquez : 16/10 ; Pachon : 15/7 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 50, 65, 60.

TAR corrigée og : 59, 73, 69.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 59 %, 73 %, 69 % ; Pachon : 84,2 % ; 104 % ; 98,5 %.

OBSERVATION N° 66.

Go... Marie, 53 ans ; Consultante.

Examen des yeux négatif.

André Martin

4

5 juillet 1935.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40, 41, 65, 50, 80, 70.

TAR corrigée og : 40, 41, 65, 50, 77, 70.

TAR diastolique % de T. H. : 50 % ; 51 % ; 81 % ; 62,5 % ;
96,2 % ; 87,5 %.

OBSERVATION N° 67.

B... Paul, 68 ans ; Consultant.

Inégalité pupillaire, photoréaction nulle, papille mal colorée à gauche.

1^{er} avril 1936.

Vaquez : 15/9 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 69.

TAR diastolique % de T. H. : 76,6 %.

OBSERVATION N° 68.

M^{me} S..., 49 ans.

Examen des yeux négatif.

10 avril 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus od : : 17.

TAR mesurée od : 45.

TAR corrigée od : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 56,2 %.

OBSERVATION N° 69.

De..., 31 ans, Consultant.

10 avril 1936.

Vaquez : 13/9 ; Tonus og : 12,4.

TAR mesurée og : 47/80, 63, 50.

TAR corrigée og : 47/77, 63, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 52,2 % ; 70 % ; 55,5 %.

22 avril 1936.

Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 35, 50, 40, 40/78.

TAR corrigée od : 35, 50, 40, 40/76.

TAR diastolique % de T. H. : 41,1 % ; 58,8 % ; 47,5 % ; 47,5 %.

OBSERVATION N° 70.

F... Louis Auguste, 22 ans.

En traitement dans un service de chirurgie pour un accident survenu dans la nuit du 28 au 29 mai 1936 de la façon suivante : le patient, pris d'un malaise descend de sa motocyclette, puis se sentant mieux remonte sur sa machine, mais quelques mètres plus loin aurait perdu connaissance.

A l'arrivée à l'hôpital on ne constate aucune hémorragie, aucune ecchymose, mais raideur de la nuque et kernig très marqués. Par ponction lombaire on retire 20 centimètres cubes de liquide sanglant et hypertendu. Au niveau de la région frontale droite, cicatrice et dépression osseuse sans mobilité ni ecchymose séquelle d'un accident survenu un an auparavant. Le 2 juin le blessé est agité, son pouls est à 55, le kernig et la raideur de la nuque persistent, une seconde P. L. faite en position assise laisse écouler un liquide rosé et peu tendu (30) et dont on retire 5 centimètres cubes seulement.

Le 4 juin le blessé est examiné dans le service d'ophtalmologie, on ne constate rien d'anormal : pupilles égales, photoréaction normale milieux clairs, fonds normaux.

Vaquez : 12/2,5 ; Pachon : 12/6 ; Tonus odg : 13,4.

TAR mesurée : 65, 60, 68, 48, 62, 66/115.

TAR corrigée og : 65, 60, 68, 48, 62, 66/x.

TAR diast. % de T. H. : Vaquez : 260 %, 240 %, 276 %, 192 % 248 %, 268 %.

TAR diast. % de T. H. Pachon : 108 %, 100 %, 113 %, 80 %, 103 %, 110 %.

OBSERVATION N° 71.

L... Henri, 49 ans, manœuvre-livreur.

Consultant : Amblyopie toxique (Ethylisme et Tabagisme).

Décoloration temporale de la papille.

Scotome central pour les couleurs.

27 mai 1936.

Vaquez : 16,5/11,5 ; Tonus og : 20 ; od : 17.

TAR mesurée og : 70/> 125, 90, 105, 105, 90, od : 85, 105, 92
80/150.

TAR corrigée og : 77/x, 93, 103, 103, 93 ; od : 80, 91, 83, 78/x.

TAR diastolique % de T. H. : 66 % ; 80 % ; 89 % ; 66 % ;
69 % ; 79 % ; 72 % ; 67 %.

3 juin 1936.

Vaquez : 16/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 85/> 150 ; od : 72/> 140.

TAR corrigée og : 80/x ; od : 72/x.

TAR diastolique % de T. H. : 88,8 % ; 80 %.

10 juin 1936.

Vaquez : 16,5/11 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60 ; od : 60.

TAR corrigée og : 60 ; od : 60.

TAR diastolique % de T. H. : 54,5 % ; 54,5 %.

25 juillet 1936.

Vaquez : 16/9,5 ; Tonus odg : 18,4.

TAR mesurée og : 55, 55, 90, 65 ; od : 65, 70.

TAR corrigée og : 65, 55, 93, 74 ; od : 74, 77.

TAR diastolique % de T. H. : 68 % ; 68 % ; 97,8 % ; 77,8 % ;
77,8 % ; 81 %.

9 décembre 1936.

Vaquez : 16/9 ; Tonus og : 21,7.

TAR mesurée og : 78, 65, 70, 80, 62.

TAR corrigée og : 83, 74, 69, 85, 71.

TAR diastolique % de T. H. : 92 % ; 82 % ; 76,6 % ; 94,4 % ;
78,8 %.

24 février 1937.

Vaquez : 14,5/9,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 70, 65/140, 60.

TAR corrigée og : 70, 65/x, 60.

TAR diastolique % de T. H. : 73,6 % ; 68,4 % ; 63 %.

4 mars 1937.

Vaquez : 15/8,5 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 65, 65, 70.

TAR corrigée og : 73, 73, 77.

TAR diastolique % de T. H. : 85,8 % ; 85,8 % ; 90 %.

OBSERVATION N° 72.

T... Maria, 71 ans. Consultante.

Opacités des cristallins.

27 mai 1936.

Vaquez : 19/8 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 69.

TAR diastolique % de T. H. : 86 %.

3 juin 1936.

Vaquez : 16/7,5 ; Tonus og : 17, od : 20.

TAR mesurée og : 75, 80.

TAR corrigée og : 75, 80.

TAR diastolique % de T. H. : 100 %, 106 %.

17 juin 1936.

Vaquez : 18,5/8,5 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 50/110, 35/120, 48, 48 ; od : 50, 48.

TAR corrigée og : 59/105, 42/x, 58, 58 ; od : 59, 58.

TAR diastolique % de T. H. : 69 %, 49 %, 68 %, 68 %, 69 %, 68 %.

20 juin 1936.

Vaquez : 17/7 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 40, 45/130 ; od : 40, 45/130.

TAR corrigée og : 40, 45/x ; od : 40, 45/x.

TAR diastolique % de T. H. : 57 %, 64 %, 57 %, 64 %.

OBSERVATION N° 73.

G... Francis, 40 ans.

Accident sur la voie publique. Traumatisme très violent : aurait été projeté à 20 mètres du lieu de l'accident.

Arrivé à l'hôpital environ 20 minutes après l'accident :

État comateux, myosis, épistaxis, otorrhagie gauche, respiration saccadée, hoquet.

Fracture de la jambe gauche.

Ponction lombaire : liquide hypertendu, jaillissant, très rouge, confirmant la fracture de la base du crâne.

Le blessé meurt avant la fin des examens et des soins.

5 juin 1936.

Vaquez : 13/7,5 ; Pachon : 14/6.

Tension rachidienne 90/20. Tonus og : 17.

TAR mesurée avant P. L. og : 65 ; od : 67, 80.

TAR corrigée og : 65 ; od : 67, 77.

TAR diastolique % de T. H. : 86,6 % ; 89,3 % ; 102 %.

OBSERVATION N° 74.

S... Marius, 49 ans. Consultant.

Ethylisme. Aortite avec periarotite (Aorte de 34 millimètres en O. A. D.).

Plusieurs ictus dans les antécédents.

3 octobre 1936.

Vaquez : 15/10 ; Tonus og : 10,6.

TAR mesurée og : 75, 62, 45, 60, 48, 48.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : 75 % ; 62 % ; 45 % ; 60 % ; 48 % ; 48 %.

14 octobre 1936.

Vaquez : 14/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 90, 60, 105, 65, 85, 60, 55.

TAR corrigée og : 81, 60, 91, 56, 80, 60, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 81 % ; 60 % ; 91 % ; 65 % ; 80 % ; 60 % ; 55 %.

17 octobre 1936.

Vaquez : 13,5/9 ; Tonus og : 13,4.

TAR mesurée og : 75, 65, 80, 55.

TAR corrigée og : 74, 65, 78, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 82 % ; 72 % ; 86 % ; 61 %.

21 octobre 1936.

Vaquez : 12/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 44/125, 50, 55.

TAR corrigée og : 44/x, 50, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 48,8 % ; 55,5 % ; 61 %.

24 octobre 1936.

Vaquez : 13/9 ; Tonus od : 14,5.

TAR mesurée od : 35, 35.

TAR corrigée od : 35, 35.

TAR diastolique % de T. H. : 38,8 %, 38,8 %.

31 octobre 1936.

Vaquez : 13,5/8,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35, 45, 45.

TAR corrigée og : 35, 45, 45.

TAR diastolique % de T. H. : 41 % ; 52,9 % ; 52,9 %.

24 février 1937.

Vaquez : 14,5/9,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 65/120, 55/110, 55.

TAR corrigée og : 65/x, 55/92, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 68 %, 57,5 % ; 57,8 %.

OBSERVATION N° 75.

G... Alfred, 47 ans. Consultant.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Examen des yeux négatif.

20 octobre 1936.

Vaquez : 18/11 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 56, 46, 48/118, 68, 58.

TAR corrigée og : 65, 55, 57/x, 75, 68.

TAR diastolique % de T. H. : 79 %, 50 %, 51 %, 68 %, 71 %.

OBSERVATION N° 76.

B... Delphin, 65 ans, imprimeur.

En traitement dans un service de médecine pour ectasie aortique et troubles nerveux. Ethylisme.

Aurait été réformé pour le cœur. De 21 ans à 34 ans aurait eu plusieurs atteintes de paralysie complète avec anesthésie à gauche. En 1918, grippe espagnole avec troubles cardiaques. En 1926 fracture du rocher gauche et trépanation de la mastoïde gauche.

L'examen des yeux révèle de fines opacités des cristallins.

12 novembre 1936.

Vaquez : 14/7 ; Tonus og : 9,05.

TAR mesurée og : 55.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : 78,5 %.

14 novembre 1936.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 12,4.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %.

23 décembre 1936.

Vaquez : 13,5/7,5 ; Tonus od : 18,4.

TAR mesurée : od : 32, 38, 40.

TAR corrigée od : 38, 47, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 50,6 % ; 62,6 % ; 66,6 %.

8 janvier 1937.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45 / > 135.

TAR corrigée og : 45/x.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %.

16 janvier 1937.

AVANT P. L. Vaquez : 13/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 40/130 ; od : 45.

TAR corrigée og : 40/x ; od : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 50 % ; 56 %.

P. L. : 10 centimètres cubes. Tension rachidienne : 11/5.

Après P. L. Vaquez : 13,5/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 55/140 ; od : 50.

TAR corrigée og : 55/x ; od : 50.

TAR diastolique % de T. H. : 68,75 % ; 62,5 %.

OBSERVATION N° 77.

D... Léon, 39 ans.

Soigné dans un service de médecine pour crises épileptiformes (dernière crise le 4 novembre 1936).

L'examen des yeux ne révèle rien d'anormal.

12 novembre 1936.

Vaquez : 14/8,5 ; Tonus og : 10,6.

TAR mesurée og : 45, 40, 25, 30.

TAR corrigée og : x, x, x, x.

TAR diastolique % de T. H. : 52,9 % ; 47 % ; 29,4 % ; 35,2 %.

14 novembre 1936.

Vaquez : 13,7 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 45, 50.

TAR corrigée og : 45 ; 50.

TAR diastolique % de T. H. : 64 % ; 71 %.

OBSERVATION N° 78.

B... Yves. Consultant.

Consultant ayant eu le 26 octobre 1936 une fracture ouverte de la partie médiane de l'os frontal avec ecchymose périorbitaire gauche très étendue. L'examen des yeux le 25 novembre 1936 montre des pupilles égales avec photo-réaction normale, milieux clairs, fond d'œil droit normal, fond d'œil gauche : papille à bords moins nets.

25 novembre 1936.

Vaquez : 13,5/8 ; Tonus og : 14,5 ; od : 17.

TAR mesurée og : 65.

TAR corrigée og : 65.

TAR diastolique % de T. H. : 81 %.

2 décembre 1936.

Vaquez : 13/8,5 ; Tonus og : 14,5 ; od : 17.

TAR mesurée og : 50, 45 ; od : 50.

TAR corrigée og : 50, 45 ; od : 50.

TAR diastolique % de T. H. : 58,8 % ; 52,9 % ; 58,8 %.

OBSERVATION N° 79.

B... Paul, 30 ans, manœuvre.

Epilepsie d'origine traumatique.

20 novembre 1936.

Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 58, 45/108, 58, 54, 58, 48, 46, 50.

TAR corrigée og : 58, 45/91, 58, 54, 58, 48, 46, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 68 % ; 52 % ; 60 % ; 63,5 % ; 60 % ; 56 % ; 54 % ; 58 %.

27 novembre 1936.

AVANT P. L. Vaquez : 12,5/8,5 ; Tonus og : 15,7 ; od : 14,5.

TAR mesurée og : 45, 42, 48/110 ; od : 60, 80, 55, 60/96.

TAR corrigée og : 45, 42, 48/92 ; od : 60, 78, 55, 70/86.

TAR diastolique % de T. H. : 52 % ; 49 % ; 56 % ; 70 % ; 91 % ; 64,7 % ; 70 %.

P. L. 10 centimètres cubes. Tension rachidienne : 16/4.

APRÈS P. L. Vaquez : 14/8,5 ; Tonus og : 18,4 ; od : 17.

TAR mesurée og : 52/97, 62/120 ; od : 58/140, 105.

TAR corrigée og : 52/84, 62/x ; od : 58/x, 91.

TAR diastolique % de T. H. : 61 % ; 72 % ; 68 % ; 107 %.

OBSERVATION N° 80.

L... Léonie, 56 ans.

Polypes ethmoïdaux bilatéraux.

Vernes : péréthynol 0 ; Résorcine 19 ; Acétate de Cu 305.

19 décembre 1936.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 60, 50, 60, 62/110.

TAR corrigée og : 60, 60, 60, 62/92.

TAR diastolique % de T. H. : 66,6 % ; 55,5 % ; 66,6 % ; 68,8 %.

21 décembre 1936.

Vaquez : 12/7 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 65, 45, 55, 48.

TAR corrigée od : 65, 45, 55, 48.

TAR diastolique % de T. H. : 92,8 % ; 64 % ; 78,5 % ; 68,5 %.

2 janvier 1937.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 68, 68, 50, 58, 70, 65, 56/118.

TAR corrigée og : 68, 68, 50, 58, 70, 65, 56/x.

TAR diastolique % de T. H. : 75,5 % ; 75,5 % ; 55,5 % ; 64,4 % ; 77,7 % ; 72,2 % ; 62,2 %.

OBSERVATION N° 81.

L... Emile, 66 ans. Consultant.

Conjonctivite catarrhale. HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Vernes péréthynol 0 ; Résorcine 17 ; Acétate de Cu 355.

Urée sanguine 0 gr. 26. Cholestérol sanguin 1 gr. 84.

13 février 1937.

Vaquez : 19/9,5 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 45, 100, 100.

TAR corrigée og : 54, 101, 101.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %, 106 %, 106 %.

17 février 1937.

Vaquez : 20,5/9 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 70 ; 70.

TAR corrigée og : 77, 77.

TAR diastolique % de T. H. : 85 %, 85 %.

20 février 1937.

Vaquez : 15,5/8 ; Tonus og : 17 (purge la veille).

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %.

24 février 1937.

Vaquez : 17/8,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 50, 40/115, 40, 45.

TAR corrigée og : 50, 40/x, 40, 45.

TAR diastolique % de T. H. : 58 %, 47 %, 52 %.

6 mars 1937.

Vaquez : 17/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,6 %.

10 mars 1937.

Vaquez : 15/7,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45, 35, 28, 35/110, 55.

TAR corrigée og : 45, 35, 28, 35/92, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 60 %, 46 %, 37 %, 46 %, 73 %.

13 mars 1937.

Vaquez : 15/8 ; Tonus og : 15,7.

TAR mesurée og : 45/105, 50/110.

TAR corrigée og : 45/91, 50/92.

TAR diastolique % de T. H. : 56 %, 62,5 %.

17 mars 1937.

Vaquez : 15/7,5 ; Tonus : 17.

TAR mesurée og : 65, 48, 48/100.

TAR corrigée og : 65, 48, 48/89.

TAR diastolique % de T. H. : 86,6 %, 64 % ; 64 %.

20 mars 1937.

Vaquez : 16/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45, 45/100.

TAR corrigée og : 45, 45/89,

TAR diastolique % de T. H. : 60 %, 60 %.

Tension veineuse rétinienne : 35.

31 mars 1937.

Vaquez : 15/7,5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 65/> 150, 60, 55.

TAR corrigée og : 65/x, 60, 55.

TAR diastolique de T. H. : 86,6 %, 80 %, 73 %.

3 avril 1937.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 55, 55, 40, 40,

TAR corrigée og : 65, 65, 49, 49.

TAR diastolique % de T. H. : 81 %, 81 %, 61 %, 61 %.

7 avril 1937.

Vaquez : 15/7,5 ; Tonus : 18,4.

TAR mesurée og : 47, 45, 70, 65.

TAR corrigée og : 56, 54, 77, 73.

TAR diastolique % de T. H. : 74, 6 %, 72 %, 101 %, 97 %.

OBSERVATION N° 82.

V... Jeanne, 43 ans.

En traitement dans un service de médecine générale pour céphalées, vertiges, crises épileptiformes sans morsure de la langue.

B. W. nég. vernes péréthynol 0, vernes résorcine 22.

Urée sanguine 0 gr. 52.

L'examen des yeux ne révèle aucune anomalie.

24 février 1937.

Vaquez : 16/10 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 70, 70, 70/140 ; od : 70, 70/150.

TAR corrigée og : 70, 70, 70/x ; od : 70, 70/x.

TAR diastolique % de T. H. : 70 %, 70 %, 70 %, 70 %, 70 %.

3 mars 1937.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 37, 37/120, 45/100.

TAR corrigée og : 37, 37/x, 45/89.

TAR diastolique % de T. H. : 41 %, 41 %, 50 %.

6 mars 1937.

Vaquez : 13/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45/108, 45/112.

TAR corrigée og : 45/92, 45/x.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %, 64 %.

10 mars 1937.

Vaquez : 13/7,5 ; Tonus og : 17.

Tar mesurée og : 55, 48/110, 50/95.-

TAR corrigée og : 55, 48/92, 50/85.

TAR diastolique % de T. H. : 73 %, 64 %, 66 %.

13 mars 1937.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 55/90, 55/110.

TAR corrigée og : 55/81, 55/92.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %_a, 64 %.

OBSERVATION N° 83.

Ar... Marguerite, 21 ans.

En traitement dans un service de Médecine pour crises convulsives d'allure pithiatique.

L'examen des yeux ne révèle rien d'anormal.

29 juin 1935.

Vaquez : 10/7 ; Pachon : 11/6 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 35, 40.

TAR corrigée og : 35, 40.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; 57 %_a ; Pachon : 58, 3 % ; 66, 6 %.

22 avril 1936.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 55/95, 55, 55.

TAR corrigée og : 55/85, 55, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 68,7 %, 68,7 %_a ; 68,7 %.

29 avril 1936.

Vaquez : 11/5/8 ; Tonus og : 18,4 ; od : 20.

TAR mesurée og : 55/85, 55, 65, 55, 55, 60, 58, 52/85, 55.

TAR mesurée od : 60, 50, 60, 60, 65, 65, 55.

TAR corrigée og : 65/89, 65, 73, 65, 65, 69, 67, 62/89, 65.

TAR corrigée od : 69, 59, 69, 69, 73, 73, 65.

TAR diastolique % de T. H. : 81, 2 % ; 81, 2 % ; 91,2 % ; 81, 2 % ; 81, 2 % ; 86, 2 % ; 83, 7 % ; 77, 5 %_a ; 81, 2 % ; 86, 2 % ; 73, 7 % ; 86, 2 % ; 86, 2 %_a ; 91, 2 % ; 91, 2 %_a ; 81,2 %_a.

OBSERVATION N° 84.

Pi... Eugénie, 73 ans ; Consultante.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Entropion spasmodique od.

26 janvier 1935.

Vaquez : 21/12 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 77.

TAR diastolique % de T. H. : 64, 1 %.

30 janvier 1935.

Pachon : 27/12 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 65.

TAR corrigée og : 80.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon 66,6 %.

5 février 1935.

Pachon : 23/12 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 92.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 76,6 % ;

9 février 1935.

Pachon : 23/14 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 80. Indice 15.

TAR corrigée og : 85.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 57,1 %.

18 septembre 1935.

Vaquez : 23/13 ; Tonus odg : 23.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 100.

TAR diastolique % de T. H. : 76,9 %.

19 octobre 1935.

Vaquez : 23,5/12 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 65 /> 150.

TAR corrigée og : 80/x.

TAR diastolique % de T. H. : 64 %.

23 octobre 1935.

Vaquez : 24/12 ; Tonus odg : 23.

TAR mesurée og : 90.
TAR corrigée og : 100.
TAR diastolique % de T. H. : 83,3 %.
18 avril 1936.
Vaquez : 22/13 ; Tonus ogd : 17.
TAR mesurée og : 70.
TAR corrigée og : 70.
TAR diastolique % de T. H. : 53,8 %.
3 avril 1937.
Vaquez : 22/12 ; Tonus ogd : 20.
TAR mesurée og : 95.
TAR corrigée og : 97.
TAR diastolique % de T. H. : 80,6 %.

ONSERVATION N° 85.

Jo... Marie, 51 ans.
Hospitalisée en Médecine. Myxœdème, Néphrite chronique.
HYPERTENSION GÉNÉRALE, Urémie.
21 mars 1936.
Vaquez : 27/15 ; Tonus og : 17.
Tar mesurée og : 120, 138, 95, 100.
TAR corrigée og : x, x, 85, 89.
TAR diastolique % de T. H. : x, x, 56,6 % ; 59,9 %.
10 avril 1936.
Vaquez : 26/12 ; Tonus og : 17.
TAR mesurée og : 110.
TAR corrigée og : 92.
TAR diastolique % de T. H. : 76, 6 %.
29 avril 1936.
Vaquez : 26,5/14 ; Tonus og : 18,4.
TAR mesurée og : 120, 105.
TAR corrigée og : x, 103.
TAR diastolique % de T. H. : x % ; 73,5 %.
4 octobre 1936.
Vaquez : 23/14 ; Tonus og : 20.
TAR mesurée og : 105.

TAR corrigée og : 103.

TAR diastolique % de T. H. : 73,5 %.

15 novembre 1936.

Vaquez : 22,5/12,5 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 105.

TAR corrigée og : 103.

TAR diastolique % de T. H. : 82,4 %.

OBSERVATION N° 86.

Ro... Céline, 43 ans ; Consultante.

A été frappée à coups de bouteille sur la tête.

od : Ecchymoses palpébrales. Chorio-rétinite paramaculaire.

og : croissant temporal.

13 juillet 1935.

Vaquez : 12,5/8 ; Tonus og : 10.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : x.

TAR diastolique .. de T. H. : x.

OBSERVATION N° 87.

Fo... Jeanne, 50 ans, Consultante.

Hémorragie sous-conjonctivale od, fonds normaux.

7 septembre 1935.

Vaquez : 14/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35, 35.

TAR corrigée og : 35, 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 43,7 %.

4 janvier 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 35, 45.

TAR corrigée og : 42, 54.

TAR diastolique % de T. H. : 52,5 % ; 67,5 %.

OBSERVATION N° 88.

Mo... Andrée, 17 ans.

Hospitalisée en chirurgie pour fracture de la base du crâne.

Accident le 12 septembre 1935 : traumatisme cranien.

Otorrhagie gauche, vomissements, céphalée.

Réflexes tendineux normaux, Babinski positif.

P. L. liquide sanglant, tension rachidienne, 40.

Examen des yeux le 28 septembre : rien d'anormal.

28 septembre 1935.

Vaquez : 12/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45, 46, 49, 40.

TAR corrigée og : 45, 46, 49, 40.

TAR diastolique % de T. H. : 75 % ; 76,6 % ; 81,6 % ; 66,6 %.

OBSERVATION N° 89.

Gu... Pauline, 57 ans ; Consultante.

Fines opacités du cristallin ; fonds normaux.

7 octobre 1935.

Vaquez : 22/10 ; Pachon : 23/9 ; Tonus odg : 23.

TAR mesurée og : 60. Indice 10.

TAR corrigée og : 75.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 75 % ; Pachon : 83,3 %.

OBSERVATION N° 90.

Be... Marie, 49 ans ; Consultante.

Traumatisme cranien (pariétal gauche).

Examen des yeux négatif.

15 janvier 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 32, 35.

TAR corrigée og : 32, 35.

TAR diastolique % de T. H. : 40 % ; 43,7 %.

18 janvier 1936.

Vaquez : 12,5/7,5 ; Tonus ogd : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 46,6 %.

OBSERVATION N° 91.

Na... Denise, journalière, 58 ans.

Hospitalisée en Chirurgie pour fracture de la base du crâne.

Accident le 31-13-35. État de Choc. Hématémèse traumatique abondante.

P. L. : liquide sanglant, hypertendu.

Apparition progressive d'ecchymoses périorbitaires.

Hémorragies sous-conjonctivales.

17 janvier 1936 (couchée).

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 20 ; od : 17.

TAR mesurée og : 50/110.

TAR corrigée og : 59/105.

TAR diastolique % de T. H. : 65, 5 %.

18 janvier 1936 (couchée).

Vaquez : 16/10 ; Tonus ogd : 17.

TAR mesurée og : 60, 80, 70, od : 70.

TAR corrigée og : 60, 77, 70 ; od : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 60 % ; 77 % ; 70 % ; 70 %.

OBSERVATION N° 92.

Du... Eugène, 33 ans, manœuvre.

Hospitalisé en Médecine pour épilepsie Bravais-Jackson.

Trépané région pariétale gauche, en janvier 1930, à la suite d'un accident ; depuis crise d'épilepsie.

Vernes péréthynol : 0 ; Vernes Résorcine : 14.

Examen des yeux : négatif.

18 janvier 1936.

Vaquez : 16,5/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 80, 62, 60, 60, 48, 62, 66.

TAR corrigée og : 85, 69, 71, 69, 58, 71, 74.

TAR diastolique % de T. H. : 85 % ; 69 % ; 71 % ; 69 % ;
58 % ; 71 % ; 74 %.

OBSERVATION N° 93.

Ra... Louis, 38 ans, employé.

Hospitalisé en Médecine pour Épilepsie essentielle.

Examen des yeux : négatif.

Vernes péréthynol : 0 ; Vernes Résorcine : 66.

15 janvier 1936.

Vaquez : 13/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60, 63.

TAR corrigée og : 60, 63.

TAR diastolique % de T. H. : 66,6 % ; 70 %.

OBSERVATION N° 94.

Ja... Pierre, 60 ans.

Hospitalisé en médecine pour ramollissement cérébral.

Légère inégalité pupillaire, photoréaction normale,

Hémorragie sous-conjonctivale droite, fines opacités des cristallins, fonds normaux.

1^{er} février 1936.

Vaquez : 13/8,5 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35/85, 38/88.

TAR corrigée og : 43/88, 47/91.

TAR diastolique % de T. H. : 50,5 % ; 55,2 %.

8 février 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30, 35.

TAR corrigée og : 30, 35.

TAR diastolique % de T. H. : 37,5 % ; 43,7 %.

OBSERVATION N° 95.

Be... Victorine, 64 ans ; Consultante.
Opacités du cristallin odg, myopie —6.

5 février 1936.

Vaquez : 15/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 35/90.

TAR corrigée og : 35/81.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %.

8 février 1936.

Vaquez : 13/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 35/85 ; 40, 30, 35.

TAR corrigée og : 35/80, 40, 30, 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 50 % ; 37,5 % ; 43,7 %.

OBSERVATION N° 96.

Ta... Emilie, 65 ans.

Hospitalisée en médecine pour HYPERTENSION et urémie légère.

L'examen des yeux ne révèle aucune anomalie.

5 février 1936.

Vaquez : 23/14 ; Tonus odg : 21,5.

TAR mesurée og : 100.

TAR corrigée og : 101.

TAR diastolique % de T. H. : 72 %.

8 février 1936.

Vaquez : 24/14 ; Tonus odg : 23.

TAR mesurée og : 110, 95, 130.

TAR corrigée og : 112, 104, x.

TAR diastolique % de T. H. : 80 % ; 74,2 % ; x.

24 février 1936.

Vaquez : 21/13 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 100, 98.

TAR corrigée og : 101, 99.

TAR diastolique % de T. H. : 77,6 % ; 76,1 %.

OBSERVATION N° 97.

Du... Georges, 40 ans.

Hospitalisé en médecine pour crises comitiales d'origine traumatique.

Légère inégalité pupillaire $g > d$, photoréaction normale.

Légère hypermétropie, milieux clairs, fonds normaux.

4 mars 1936.

Vaquez : 17/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 65/> 145, 80, 65, 90, 68, 70.

TAR corrigée og : 65/x, 77, 65, 81, 68, 70.

TAR diastolique % de T. H. : 65 % ; 77 % ; 65 % ; 81 % ; 68 % ; 70 %.

7 mars 1936.

Vaquez : 15/8 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 59/125, 65, 60, 50, 59, 53.

TAR corrigée og : 59/x, 65, 60, 50, 59 53.

TAR diastolique % de T. H. : 73,7 % ; 81,2 % ; 75 % ; 62,5 % ; 73,7 % ; 66,2 %.

14 mars 1936.

Vaquez : 16/9,6 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 58/115, 67, 72, 67/130.

TAR corrigée og : 68/x, 75, 78, 75/x.

TAR diastolique % de T. H. : 71,5 % ; 78,9 % ; 82,1 % ; 78,9 %.

1er avril 1936.

Vaquez : 16/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 70, 80, 64, 100, 92/150.

TAR corrigée og : 70, 77, 64, 82, 83/x.

TAR diastolique % de T. H. : 70 % ; 77 % ; 64 % ; 82 % ; 83 %.

OBSERVATION N° 98.

Ha... Gustave, 77 ans ; Consultant.

HYPERTENSION GÉNÉRALE. Souffle systolique de la base.

Bronchite chronique.

21 mars 1936.

Vaquez : 18,5/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 90.

TAR corrigée og : 81.

TAR diastolique % de T. H. : 81 %.

25 mars 1936.

Baquez : 19/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 95.

TAR corrigée og : 85.

TAR diastolique % de T. H. : 85 %.

17 février 1937.

Vaquez : 22,5/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 60, 80.

TAR corrigée og : 60, 77.

TAR diastolique % de T. H. : 60 %, 77 %.

OBSERVATION N° 99.

Pl.... Marie, 45 ans ; Consultante.

od : Parésie incomplète du III : ptosis, parésie des releveurs et des abaisseurs du globe.

Pupilles égales, photoréaction normale, milieux clairs, fonds normaux. champ visuel normal, pas de scotome central pour les couleurs.

21 mars 1936.

Vaquez : 13,5/8 ; Tonus od : 23.

TAR mesurée od : 40, 50, 48.

TAR corrigée od : 55, 65, 63.

TAR diastolique % de T. H. : 68,7 % ; 81,2 % ; 78,7 %.

11 mai 1937.

Vaquez : 14/9 ; Tonus od : 20.

TAR mesurée od : 47.

TAR corrigée od : 57.

TAR diastolique % de T. H. : 63,3 %.

OBSERVATION N° 100.

Bo..., 46 ans ; Consultant.

25 mars 1936.

Vaquez : 17/10 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 45/100, 45, 75, 50.

TAR corrigée og : 45/89, 45, 74, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 45 % ; 45 % ; 74 % ; 50 %.

10 avril 1936.

Vaquez : 14/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 80, 75, 68, 75, 65, 55, 60.

TAR corrigée og : 77, 74, 68, 74, 65, 55, 60.

TAR diastolique % de T. H. : 85,5 % ; 82,2 % ; 75,5 % ; 82,2 % ; 72,2 % ; 61,1 % ; 66,6 %.

17 février 1937.

Vaquez : 16/10 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée od : 45/120, 45.

TAR corrigée od : 45/x, 45.

TAR diastolique % de T. H. : 45 % ; 45 %.

8 mai 1937.

Vaquez : 14/7,5 ; Tonus od : 14,5.

TAR mesurée od : 50, 40.

TAR corrigée od : 50, 40.

TAR diastolique % de T. H. : 66,6 % ; 53,3 %.

OBSERVATION N° 101.

Mme S..., 28 ans ; Consultante.

Examen des yeux : négatif.

22 avril 1936.

Vaquez : 12,5/8 ; Tonus og : 21,7.

TAR mesurée og : 35/70, 50, 65.

TAR corrigée og : 43/77, 59, 73.

TAR diastolique % de T. H. : 53,7 % ; 73,7 % ; 91,2 %.

OBSERVATION N° 102.

Ho... Léonie, 63 ans, Consultante.

HYPERTENSION GÉNÉRALE.

Opacités du cristallin odg.

od : Sclérose totale d'une branche artérielle ; sclérochoroïdite ; papille décolorée.

27 mars 1935.

Pachon : 22/10 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 69.

TAR diastolique % de T. H. : Pachon : 69 %.

30 mars 1935.

Vaquez : 19/13 ; Pachon : 22/12 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 69.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 53 % ; Pachon : 57,5 %.

15 avril 1935.

Vaquez : 21/14 ; Tonus og : 18,4.

TAR mesurée og : 95.

TAR corrigée og : 97.

TAR diastolique % de T. H. : 69,2 %.

7 décembre 1935.

Vaquez : 23,5/14, Pachon : 23/13 ; Tonus og : 23.

TAR mesurée og : 90, 100.

TAR corrigée og : 100, 109.

TAR diastolique % de T. H. : 71,4 % ; 77,8 % ; Pachon : 76,9 % ; 83,8 %.

25 mars 1936.

Vaquez : 21/14 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 105.

TAR corrigée og : 91.

TAR diastolique % de T. H. : 65 %.

3 avril 1936.

Vaquez : 21/12 ; Tonus og : 25,4.

TAR mesurée og : 95.

TAR corrigée og : 105.

TAR diastolique % de T. H. : 87,5 %.

OBSERVATION N° 103.

Ro... Achille, 73 ans ; Consultant.

Glaucome chronique odg.

od : papille décolorée, non excavée, à bords peu nets.

og : papille décolorée, pas d'excavation.

4 décembre 1935.

Vaquez : 24/10 ; Pachon : 23/8 ; Tonus og : 37,5 ; od : 32.

TAR mesurée og : 60 >/130, 55.

TAR corrigée og : 86/x, 83.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 86 % ; 83 % ; Pachon : 107 % ; 103 %.

7 décembre 1935.

Vaquez : 18,5/7,5 ; Pachon : 18/7 ; Tonus og : 17 ; od : 32.

TAR mesurée og : 53/>130. Indice : 15. od : 63.

TAR corrigée og : 53/x. od : 83.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 70,6 % ; 110 % ; Pachon : 75,7 % ; 118 %.

11 décembre 1936.

Vaquez : 19/9 ; Pachon : 19/7 ; Tonus og : 23 ; od : 32.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 49.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 53,3 % ; Pachon : 70 %.

21 décembre 1936.

Vaquez : 20/9 ; Tonus og : 23 ; od : 37,5.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 75.

TAR diastolique % de T. H. : 83,3 %.

28 décembre 1935.

Vaquez : 20/9 ; Tonus og : 27,5 ; od : 37,5.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 75.

TAR diastolique % de T. H. : 83,3 %.

4 janvier 1936.

Vaquez : 24/9 ; Tonus og : 27,5 ; od : 32.

TAR mesurée og : 65.

TAR corrigée og : 80.

TAR diastolique % de T. H. : 88,8 %.

8 janvier 1936.

Trépanation d'Elliot og : suites normales.

11 mars 1936.

Trépanation d'Elliot od : suites normales.

29 mars 1936.

Vaquez : 19,5/8 ; Tonus og : 27,5.

TAR mesurée og : 75, 60, 65.

TAR corrigée og : 88, 75, 80.

TAR diastolique % de T. H. : 110 % ; 93,7 % ; 100 %.

OBSERVATION N° 104.

Pi... Juliette, 49 ans ; Consultante.

od : Iridodonésis, luxation du cristallin (choc il y a 6 mois).

Inégalité pupillaire, photoréaction nulle.

odg : fonds normaux.

6 avril 1935.

Vaquez : 14/10 ; Tonus od : 17.

TAR mesurée og : 55/130.

TAR corrigée og : 55/x.

TAR diastolique % de T. H. : 55 %.

10 avril 1935.

Vaquez : 11,5/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40/130.

TAR corrigée og : 40/x.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

13 avril 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 65/> 130. Indice : 10.

TAR corrigée og : 65/x.

TAR diastolique % de T. H. : 81,2 %.

17 avril 1935.

Vaquez : 13/10 ; Pachon : 13/6 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 55 /> 120, 45.

TAR corrigée og : 55 /x, 45.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 55 % ; 45 % ; Pachon 91,6 % ; 76 %.

11 mai 1935 (à jeun).

Vaquez : 12/9 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 30 /> 120, 48.

TAR corrigée og : 30 /x, 48.

TAR diastolique % de T. H. : 33,3 % ; 53,3 %.

28 mai 1935.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 13/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 50 /> 110.

TAR corrigée og : 50 /> 92.

TAR diastolique % de T. H. : 55,5 %.

12 juin 1935.

Vaquez : 11,5/9 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 50, 45, 40, 40.

TAR corrigée og : 50, 45, 50, 40.

TAR diastolique % de T. H. : 55,5 % ; 50 % ; 55,5 % ; 55,5 %.

OBSERVATION N° 105.

Ca... Germaine, 37 ans.

Entrée le 18-4-35 dans un service de médecine pour ictus.

La P. L. la fait sortir de son coma. Depuis une dizaine de jours présentait céphalées, vertiges, insomnies.

Tous les réflexes sont abolis.

ANTÉCÉDENTS.

Deux F. C. de 3 mois en 1917 et 18.

Deux enfants vivants bien portants âgés de 18 et 20 ans.

EXAMEN DU SANG.

Urée : 0 gr. 26. Vernes péréthynol : 0 ; Vernes résorcine : 51.

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

BW. négatif ; Vernes péréthynol : 4 ; Benjoin colloïdal négatif.

Albumine : 0,25 ; Éléments : 1,9 par millimètre cube.

EXAMEN DES URINES.

Albumine : néant ; Sucre : néant.

EXAMEN DES YEUX : le 27 avril 1935.

Inégalité pupillaire d > g, photoréaction nulle.

od : parésie du III, ophtalmoplégie externe.

Papilles à bords flous, crochets vasculaires ;

Fines hémorragies péripapillaires, pas d'exsudats.

og : fond ayant même aspect que od, mais moins marqué.

1^{er} mai 1935.

La photoréaction reparaît, l'adduction s'ébauche, la parésie tend à disparaître ; mais stase papillaire surtout à droite. V odg = 8/10.

4 mai 1935.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 18/7 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 45.

TAR mesurée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; Pachon : 64,2 %.

8 mai 1935.

La Stase diminue, la parésie du III tend à disparaître, acuité normale odg.

Vaquez : 13/9 ; Pachon : 18/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 45.

TAR corrigée og : 45.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; Pachon : 56,2 %.

5 juin 1935.

Plus de stase ; plus de parésie, acuité normale.

Vaquez : 13,5/9 ; Pachon : 18/9 ; Tonus odg : 14,5.

TAR mesurée og : 48.

TAR corrigée og : 48.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez et Pachon : 53,3 %.

OBSERVATION N° 106.

B... Tahar, 28 ans, Fondeur.

En traitement dans un service de chirurgie.

Accident de motocyclette le mercredi 20 mai 1936 vers 7 h. 30 ;

Petites plaies de l'avant-bras droit.

Envoyé d'urgence à l'Hôpital le vendredi 22 mai :

Depuis l'accident vomissements incoercibles, céphalées, mais sommeil normal. Température : 36°7, Pouls : 40°, Vaquez : 12/6 ; Pachon : 13,5/5.

Pupilles égales, photoréaction normale, réflexes tendineux normaux. Réflexes cutanés normaux ; Pas de Babinski ; Pas de Kernig.

La Ponction lombaire en position assise donne un liquide sanglant, jaillissant au début, coulant goutte à goutte à la fin ; Tension Rachidienne : 35 ; on prélève 12 centimètres cubes.

La radio révèle une fêlure de l'occipital et du pariétal gauches.

22 mai 1936 (couché).

Avant P. L. Vaquez : 12/6 ; Pachon : 13,5/5 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60, 65, 60/110 ; od : 60/110.

TAR corrigée og : 60, 65, 60/92 ; od : 60/92.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 100 % ; 108 % ; 100 % ; 100 % ; Pachon : 120 % ; 130 % ; 120 % ; 120 %.

Après P. L. Vaquez : 12/6 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60/110.

TAR corrigée og : 60/92.

TAR diastolique % de T. H. : 100 %.

27 mai 1936 (couché).

Pouls : 47 ; Vaquez : 12,5/5 ; Tonus odg : 14,5.

TAR mesurée og : 40, 40, 40/105 ; od : 50/130.

TAR corrigée og : 40, 40, 40/91 ; od : 50/x.

TAR diastolique % de T. H. : 80 % ; 80 % ; 80 % ; 100 %.

30 mai 1936 (assis).

Pouls : 54 ; Vaquez : 13,5/6,5 ; Tonus odg : 14,5.

TAR mesurée og : 38 ; od : 50, 50, 50.

TAR corrigée og : 38 ; od : 50, 50, 50.

TAR diastolique % de T. H. : 58 % ; 76 % ; 76 % ; 76 %.

3 juin 1936 (assis).

Pouls : 65 ; Vaquez : 12/6,5 ; Tonus og : 17 ; odg : 14,5.

TAR mesurée og : 40/80, 38/80, 30 ; od : 55/110, 40, 40.

od : (image droite) : 60, 60, 35, 30, 29, 30.

TAR corrigée og : 40/77, 38/77, 30 ; od : 55/92, 40, 40.

od (image droite) : 60, 60, 35, 30, 29, 30.

TAR diastolique % de T. H. : 61 % ; 58 % ; 46 % ; 84 % ;
61 % ; 61 % ; 92 % ; 92 % ; 53 % ; 46 % ; 44 % ; 46 %.

6 juin 1936 (assis).

Pouls : 52 ; Vaquez : 12/6 ; Tonus og : 14,5.

TAR mesurée og : 30/80.

TAR corrigée og : 30/77.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

10 juin 1936.

Pouls : 60 ; Vaquez : 13/6 ; Tonus og : 15,7 ; od : 17,5.

TAR mesurée og : 20, 20, 20/55 ; od : 40, 38.

TAR corrigée og : 20, 20, 20/55 ; od : 40, 38.

TAR diastolique % de T. H. : 33,3 % ; 33,3 % ; 33,3 % ; 66,6 % ;
63 %.

Tension veineuse rétinienne : 20.

OBSERVATION N° 107.

Ba... Léon, 68 ans ; Consultant.

HYPERTENSION GÉNÉRALE ; photoréaction très faible.

21 mai 1935.

Vaquez : 21/9 ; Tonus odg : 18,4.

TAR mesurée od : 40.

TAR corrigée od : 49.

TAR diastolique % de T. H. : 54,4 %.

1^{er} juin 1935.

Vaquez : 22/10 ; Pachon : 22/7 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 55, 60.

TAR corrigée og : 65, 69.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 65 % ; 69 % ; Pachon :
92,8 % ; 98,8 %.

5 juin 1935.

Vaquez : 22/11 ; Pachon : 22/7 ; Tonus odg : 23,5.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 55.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; Pachon : 78,5 %.

8 juin 1935.

Vaquez : 19/10 ; Pachon : 19/7 ; Tonus odg : 23,5.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 48.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 48 % ; Pachon : 68,5 %.

12 juin 1935.

Vaquez : 19/10 ; Tonus odg : 23,5.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 55.

TAR diastolique % de T. H. : 55 %.

15 juin 1935.

Vaquez : 20/10 ; Pachon : 21/8 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 50.

TAR corrigée og : 59.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 59 % ; Pachon : 73,7 %

19 juin 1935.

Vaquez : 20/10 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 60, 55.

TAR corrigée og : 60, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 60 % ; 55 %.

22 juin 1935.

Vaquez : 19/10 ; Pachon : 21/9 ; Tonus og : 14,5 ; od : 20.

TAR mesurée og : 60 ; od : 50.

TAR corrigée og : 60 ; od : 59.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 60 % 59 % ; Pachon : 66,6 % 65,5 %.

29 juin 1935.

Vaquez : 19/10 ; Pachon : 19/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 60.

TAR corrigée og : 60.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 60 % ; Pachon : 66,6 %.

OBSERVATION N° 108.

Co... Lucien, 25 ans.

En observation dans un service de médecine pour crises convulsives d'allure pithiatique, vomissements fréquents, amaigrissement. Se plaint de céphalée et de photophobie.

Examen général à peu près négatif : léger érétisme cardiaque, réflexes normaux.

Vernes péréthynol : 0 ; Vernes résorcine : 9.

L'examen des yeux ne révèle absolument rien d'anormal.

27 avril 1935.

Vaquez : 12/8 ; Pachon : 13/5 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; Pachon : 80 %.

20 avril 1935.

P. L. en position couchée : Tension rachidienne : 18.

1^{er} mai 1935.

Vaquez : 12/8 ; Tonus og : 17.

ART mesurée og : 30.

TAR corrigée og : 30.

TAR diastolique % de T. H. : 37,5 %.

8 mai 1935.

Vaquez : 11,5/7,5 ; Pachon : 11/5 ; Tonus og : 14,5.

RAR mesurée og : 30/85.

TAR corrigée og : 30/80.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 40 % ; Pachon : 60 %.

15 mai 1935.

Vaquez : 13/8 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 40.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

29 mai 1935.

Vaquez : 12/8 ; Pachon : 12/7 ; Tonus og : 17.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 35.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 %.

8 juin 1935.

Vaquez : 14/8 ; Pachon : 13,5/7 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 35.

TAR corrigée og : 42.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 52,8 % ; Pachon : 60 %.

OBSERVATION N° 109.

V... Hippolyte, 48 ans.

Hospitalisé dans un service de chirurgie.

Fracture avec déplacement de l'os malaire et de l'aile du sphénoïde à droite. petites plaies contuses des paupières. Milieux clairs, fonds normaux.

Diplopie croisée à maximum à gauche.

20 avril 1935.

Vaquez : 12,5/9 ; Pachon : 14/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 70.

TAR corrigée og : 70.

TAR diastolique % de T. H. : 77,7 %.

25 mai 1935.

Diplopie en voie de régression.

Vaquez : 12,5/9 ; Pachon : 15/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 50, 35, 40.

TAR corrigée og : 50, 35, 40.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 55,5 % ; 38,8 % ; 44,4 % ; Pachon : 62,5 % ; 43,7 % ; 50 %.

1er juin 1935.

Vaquez : 13/9,5 ; Pachon : 15/9 ; Tonus odg : 12.

BAR mesurée og : 60/> 120, 60, 55, 60.

TAR corrigée og : 60/x, 60, 55, 60.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 63 %, 63 %, 57,8 %, 63 % ; Pachon : 66,6 %, 66,6 %, 61 %, 66,6 %.

15 juin 1935.

Vaquez : 13/8 ; Pachon : 12/6 ; Tonus odg : 14,5.

TAR mesurée og : 40, 42. Indice d'écrasement, 12.

TAR corrigée og : 40, 42.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 50 % ; 52,5 % ; Pachon ; 56,6 % ; 70 %.

3 juillet 1935.

Vaquez : 12/8 ; Pachon : 12/7 ; Tonus odg : 12.

TAR mesurée og : 35, 39.

TAR corrigée og : 35, 39.

TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 43,7 % ; 48,7 % ; Pachon : 50 % ; 55,7 %.

OBSERVATION N° 110.

Pe... Maurice, 34 ans, Déménageur.

Soigné dans un service de chirurgie. Traumatisme cranien au cours d'une rixe le 20 décembre 1935. Plaie du cuir chevelu région pariétale droite, malade obnubilé. T. 38, P. 92.

Par P. L., on retire 10 centimètres cubes de liquide clair. Tension rachidienne : 25/10.

Le 22 décembre. Céphalée tenace, agitation, exagération des réflexes tendineux, T. 38, P. 63, légèrement ralenti. P. L. : liquide teinté. Débridement de la plaie et, de crainte d'un hématome intracranien, trépanation mettant à nu les méninges sur la surface d'une pièce de un franc.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, la température diminue progressivement mais la céphalée persiste longtemps.

L'examen des yeux n'a jamais rien montré d'anormal.

26 décembre 1935 (couché).

Vaquez : 16/9 ; Tonus odg : 20.

TAR mesurée og : 120, 60, 55, 110 ; od : 120, 55, 60, 120.

TAR corrigée og : x, 69, 65, 92 ; od : x, 65, 69, x.

TAR diastolique % de T. H. : x, 76,6 % ; 72,2 % ; 102 %, x, 72,2 %, 76,6 %, x.

28 décembre 1935 (couché).

Vaquez : 13/7,5 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 58, 95, 55, 75 ; od : 50, 65, 55.

TAR corrigée og : 58, 85, 55, 74 ; od : 50, 65, 55.

TAR diastolique % de T. H. : 77,3 % ; 113 % ; 73,3 % ; 98,6 % ; 66,6 % ; 85,9 % ; 73,3 %.

4 janvier 1936 (couché).

Vaquez : 14/8,5 ; Tonus odg : 14,5.

TAR mesurée og : 55, 60 ; od : 55.

TAR corrigée og : 55, 60 ; od : 55.

TAR diastolique % de T. H. : 64,7 % ; 70,5 % ; 64,7 %.

8 janvier 1936 (couché).

Vaquez : 13/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 40, 60, 52.

TAR corrigée og : 40, 60, 52.

TAR diastolique % de T. H. : 44,4 % ; 66,6 % ; 57,7 %.

11 janvier 1936 (couché).

Vaquez : 14/10 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée odg : 53 ; od : 53.

TAR corrigée og : 53 ; od : 53.

TAR diastolique % de T. H. : 53 %.

15 janvier 1936 (couché).

Vaquez : 13/9 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 51, 53.

TAR corrigée og : 51, 53.

TAR diastolique % de T. H. : 56,6 % ; 58,8 %.

20 janvier 1936 (assis).

Vaquez : 12,5/8 ; Tonus odg : 17.

TAR mesurée og : 35, 40 ; od : 55, 58.

TAR corrigée og : 35, 40 ; od : 55, 58.

TAR diastolique % de T. H. : 43,7 % ; 50 % ; 68,7 % ; 72,5 %.

7 mars 1936 (assis).

Vaquez : 15,5/10 ; Tonus og : 17.

TAR corrigée og : 50, 45, 40.

TAR mesurée og : 50, 45, 40.

TAR diastolique % de T. H. : 50 % ; 45 % ; 40 %.

OBSERVATION N° 111.

Co... Emile, 61 ans ; Consultant.

Chalazion suppuré paupière inférieure droite.

Conjonctivite lacrymale ; Ectropion bilatéral.

18 mai 1935.

Vaquez : 17/9 ; Tonus : og : 17.

TAR mesurée og : 32/78.

TAR corrigée og : 32/76.

TAR diastolique % de T. H. : 35,5 %.

21 mai 1935.

Vaquez : 16/9 ; Tonus : og : 17.

TAR mesurée og : 40. Indice d'écrasement : 10.

TAR corrigée og : 40.

TAR diastolique % de T. H. : 44,4 %.

9 novembre 1935.

Vaquez : 15/8 ; Tonus og : 17.
TAR mesurée og : 53 /> 100.
TAR corrigée og : 52 /> 89.
TAR diastolique % de T. H. : 65 %.

13 novembre 1935.

Vaquez : 15,5/8 ; Tonus og : 17.
TAR mesurée og : 40.
TAR corrigée og : 40.
TAR diastolique % de T. H. : 50 %.

OBSERVATION N° 112.

Ro... Alice, 69 ans ; Consultante.
HYPERTENSION GÉNÉRALE (DIFFÉRENTIELLE ÉLEVÉE).
Opacités du cristallin odg.
Sclérochoroïdite bilatérale, plus marquée à gauche.

27 avril 1935.

Vaquez : 26/6 ; Tonus og : 20.
TAR mesurée og : 30, 28.
TAR corrigée og : 35, 34.
TAR diastolique % de T. H. : 58,3 % ; 56,6 %.

1^{er} mai 1935.

Vaquez : 26/8 ; Pachon : 27/7 ; Tonus og : 20.
TAR mesurée og : 35.
TAR corrigée og : 42.
TAR diastolique % de T. H. : Vaquez : 52,5 % ; Pachon : 60 %.

29 septembre 1935.

Vaquez : 26/7 ; Tonus og : 20.
TAR mesurée og : 35, 40.
TAR corrigée og : 42, 49.
TAR diastolique % de T. H. : 60 % ; 70 %.

30 octobre 1935.

Vaquez : 26,6 ; Tonus og : 20.
TAR mesurée og : 20 /> 130.
TAR corrigée og : 29/x.
TAR diastolique % de T. H. : 48,3 %.

9 mai 1936.

Vaquez : 23/6 ; Tonus og : 20.

TAR mesurée og : 30 / > 130.

TAR corrigée og : 35 / x.

TAR diastolique % de T. H. : 58,3 %.

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS

Pour interpréter les observations précédentes et en discuter les chiffres, sur quoi nous baserons-nous ? Quels sont les chiffres normaux admis par les auteurs qui ont étudié cette question ?

TAR minima

D'abord, quelle est la tension rétinienne minima normale chez un sujet de tension générale normale ?

Cette question en entraîne une autre encore discutée : La TAR obéit-elle à d'autres lois que la Tension générale ? son chiffre est-il différent de celui de Tension générale ?

Pour MAGENDIE, la paroi artérielle se comporterait comme un tube inerte, soumis aux seules lois de l'hydrostatique. Mais Claude BERNARD a montré l'existence des nerfs vasomoteurs et les variations de calibre et de débit qui en sont la conséquence.

Les variations par vaso-motricité locale seraient de peu d'importance pour NOGUÈS pour qui la pression d'une artère varierait surtout suivant sa situation au-dessus ou au-dessous du cœur ; ce serait une question de niveau. Cette opinion n'est pas celle de FRANÇOIS-FRANCK qui ne veut pas avoir une conception trop simplement hydraulique de la pression artérielle ; les variations dues aux changements

d'attitude n'ont pas la valeur qui correspondrait physiquement aux changements de niveau.

Pour BARRÉ et DUVERGER, on trouve la pression de l'artère centrale de la rétine en mesurant la différence de niveau entre l'artère centrale et l'artère humérale. A 5, 10, 25 centimètres au-dessus du cœur, la pression est de 5, 10, 25 millimètres de mercure ; il faudra donc déduire cette pression de la pression générale pour obtenir la TAR.

Pour BARRÉ dans la position couchée la tension est la même dans l'aorte que dans les plus fines artérioles situées dans le même plan.

Mais BAILLIART qui cite ces opinions diverses, attire l'attention sur l'importance, outre la différence de niveau, du rétrécissement des vaisseaux et de leur division. De plus, c'est l'avis de la majorité des auteurs y compris MARCY. la pression baisse régulièrement du centre à la périphérie.

Admettons donc que la tension artérielle rétinienne diffère de la tension générale et basons-nous, pour la déterminer sur l'apparition des pulsations à la compression du globe.

Mais il faut nous demander tout d'abord si ces pulsations n'existent pas spontanément, en dehors de toute compression. C'est l'avis de SAL LENCE qui décèle toujours la pulsation rétinienne spontanée sur la rétine de l'enfant et de l'adulte jeune, en se basant sur les reflets rétinien qui transmettent les pulsations. Nous devons avouer que, pour notre part, nous n'avons pu constater ce phénomène avec précision.

KUMMEL avait déjà perçu, ainsi que DE SPEYR, à un fort grossissement, ces pulsations transmises par les reflets, chez des sujets normaux. Cette constatation donne à réfléchir sur la valeur de la pulsation de l'artère centrale.

J. S. FRIEDENWALD est revenu sur cette question de la pulsation spontanée de l'artère centrale et il aboutit aux mêmes conclusions.

Mais revenons à la méthode de BAILLIART dont nous avons

appliqué scrupuleusement les règles dans les observations qui précèdent. Nos résultats sont-ils d'accord avec ceux de BAILLIART ?

Pour ce dernier, la TAR minima est avec la Tension générale dans le rapport de 45 %, ce qui fait pour une tension générale normale environ 30 à 35.

Mais DUVERGER et BARRÉ admettent comme chiffre moyen 50 à 60. Peut-on leur objecter le manque d'habitude qui fait trouver au début des tensions trop fortes ?

MARQUEZ admet comme chiffre normal 40 à 50, chiffre basé sur un grand nombre d'observations.

LAUBER à la 51^e session de la Société Allemande d'ophtalmologie (Heidelberg, 1936) a montré que les différences considérables trouvées par les différents auteurs ne sont pas l'effet du hasard mais doivent être rapportées aux méthodes et au matériel d'examen.

Souvent les mesures sont faites sur des malades et non pas sur des sujets normaux ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions physiologiques. Il arrive même qu'on trouve une TAR supérieure à la tension humérale, ce qui rend sceptique. Il y a d'ailleurs des variations avec l'âge. Enfin certains auteurs donnent comme valeur de la TAR minima le chiffre obtenu dès qu'il se produit un mouvement de la paroi artérielle, d'autres, le chiffre marqué lors de la première pulsation franche. Il en est de même d'ailleurs pour la maxima.

Voici d'ailleurs un tableau des TAR minima et maxima admises par différents auteurs :

Nom de l'auteur	TAR minima	TAR maxima
BAILLIART (1917)	25	50
BAILLIART (1923)	30	70
DUVERGER et BARRÉ	50-60	90-100
Th. HENDERSON.....	40-50	80-90
MAGITOT.....	30-35	70-80
MARQUEZ.....	40-50	
SALVATI.....	30	80
VELTER	35	60

Quel est le résultat de nos observations personnelles ?

Dans de nombreux cas, avec une tension humérale normale, de 80 environ minima, nous avons trouvé une TAR de 30 à 35 ce qui correspond au chiffre donné par BAILLIART (45 % de la Tension humérale) ; mais que de variations au cours de la même séance ou à plusieurs jours d'intervalle. Et que de fois avons-nous trouvé des chiffres plus faibles ou plus forts.

Nous pouvons donc dire que la TAR minima semble correspondre, approximativement, avec l'appareil de BAILLIART à la moitié de la pression humérale : mais qu'il existe de nombreuses exceptions. Au point de vue physiologique, nous ne sommes pas du tout convaincus que ces chiffres soient exacts et de nouvelles expériences avec des appareils plus précis nous paraissent indispensables.

Sur un sujet atteint d'hypertension générale, le rapport entre la TAR minima et la tension humérale est encore plus variable. Du reste DUBAR, BAILLIART le reconnaissent, ils admettent que la TAR n'est plus égale à 45 % de la tension humérale.

Dans nos observations, nous trouvons des variations au cours du même examen allant de 50 % à 79 % (Observation 75), de 37 % à 73 % (Observation 81, 10 mars 1937).

TAR maxima

La TAR maxima est si variable et habituellement si élevée comparativement à la TAR minima qu'il n'est pas toujours possible de la mesurer et que nous avons souvent renoncé à la prendre.

Nous savons bien qu'on a voulu faire jouer à la TAR maxima un rôle important, en l'associant à des troubles de la circulation générale tandis que la TAR minima serait associée à des troubles de la circulation céphalique.

C'est l'avis en particulier d'ESPILDORA LUQUE qui distingue une hypertension rétinienne solitaire, sans hypertension générale, de cause primitivement vasculaire. Cette hypertension serait systolique. Elle prouve, l'indépendance anatomique de la circulation rétinienne. Il n'y a pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Elle se manifeste subjectivement par des céphalées, des mouches volantes et des signes d'hypertension avec tension humérale normale. Au contraire, l'hypertension de cause méningo-encéphalitique serait diastolique « décapitée » dit LUQUE ; elle s'associerait à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Pour BAILLIART une rétinite sans élévation de TAR ni hypertension générale n'est pas azotémique. Au contraire une neuro-rétinite albuminurique s'accompagne d'une TAR parfois élevée.

Pour nous, après avoir constaté très fréquemment, avec une TAR minima faible, des TAR maxima très fortes, parfois dépassant 150, sans aucun signe d'hypertension générale, nous avons le plus souvent renoncé à prendre cette tension qui exige une compression du globe souvent pénible. (Rappelons d'ailleurs que cette compression forte du globe modifie son tonus et que le barème de MAGITOT-BAILLIARD ne permet pas les corrections pour des TAR supérieures à 110).

Indice de Fritz

FRTZ attache une importance très grande à la détermination de ce qu'il a appelé « l'indice d'écrasement » ; voici le procédé que préconise FRTZ pour la détermination de la rigidité de l'artère rétinienne : en comprimant progressivement avec le dynamomètre, on note successivement l'apparition des premiers battements, puis l'instant où l'artère s'écrase totalement entre chaque pulsation et se remplit rythmiquement de sang. La différence entre les

deux valeurs de compression mesure la résistance de l'artère à l'écrasement. A l'état normal, elle est inférieure à 10. Elle augmente chez les hypertendus avec sclérose artérielle et, d'après FRITZ, c'est l'état de rigidité de la paroi qui joue le plus grand rôle dans cet écrasement.

POUR BAILLIART, l'écrasement diastolique correspond à la pression moyenne.

FRITZ a étudié une série de types circulatoires dans lesquels une rigidité plus ou moins forte s'associe à une TAR minima faible ou forte ; il en déduit des conséquences thérapeutiques précises.

Sans nier la valeur de ces études, pratiquement, il nous a paru difficile d'évaluer avec précision cet indice de FRITZ. Chez certains hypertendus à artères sclérosées, nous avons constaté un indice fort, mais il nous semble excessif de baser un diagnostic de sclérose artérielle sur des variations parfois si minimales et dont la détermination avec l'appareil de BAILLIART est difficile à obtenir avec précision.

TAR et Traumatismes crâniens

Existe-t-il une augmentation nette de la TAR chez les commotionnés du crâne ? Dans nos observations cela paraît fréquent, mais il y a des exceptions. Et établir un diagnostic d'hypertension crânienne sur ce signe seul paraît au moins une imprudence. Nous avons constaté souvent chez des sujets à tension humérale normale une TAR relativement élevée sans troubles cérébraux subjectifs ni signes d'hypertension crânienne. Et si l'on trouve chez un commotionné se plaignant de céphalées une TAR minima forte, il ne faut pas se hâter de conclure à des troubles cérébraux d'hypertension. En général on constate des tensions fortes et très variables au cours des premiers examens, tensions qui s'atténuent et se stabilisent ensuite progressivement (voir observations n° 110 par exemple).

TAR et Tension du liquide céphalo-rachidien

Quel est le rapport de la TAR avec la tension du liquide céphalo-rachidien ? Cette partie de la question qui a été bien étudiée par LAMACHE, par DUBAR, par TARGOWLA et auparavant par MAGITOT et BAILLIART, n'a pas été creusée par nous aussi profondément que les autres, en raison du petit nombre d'observations dans lesquelles nous avons pu avoir une P. L. avec mesure de la Tension Rachidienne (Rappelons que nous nous sommes surtout proposé d'étudier les rapports de la TAR avec la Tension générale.)

TARGOWLA a montré, avec DUBAR et LAMACHE qu'après P. L., la TAR baisse puis remonte parfois au-dessus de la tension normale. Du reste, après ponction lombaire, on est parfois surpris de ne voir baisser la TAR qu'au bout de 48 heures. La mesure de la TAR permet de suivre les variations du liquide céphalo-rachidien et de juger de l'action des injections hyper ou hypotoniques. Il est certain qu'il y a un rapport étroit entre la TAR et la Tension céphalo-rachidienne, mais ce rapport est surtout marqué avec la tension veineuse rétinienne comme l'a récemment démontré LAUBER.

TAR et Glaucome

Comment se comporte la TAR dans le glaucome ? Il est évident que sur un œil tendu la pulsation artérielle se produit avec une pression légère (elle se produit spontanément quand le tonus est égal à la TAR).

Pour que la circulation rétinienne soit suffisante il est nécessaire que la TAR soit toujours supérieure à l'ophtalmo-tonus. Si le tonus est supérieur à la moitié de la tension humérale, c'est un signe d'alarme. Des expériences et des faits cliniques ont montré qu'il existait normalement un méca-

nisme de défense : la TAR et l'ophtalmotonus varient d'une façon parallèle (MAGITOT et TILLE).

TAR dans l'épilepsie

Peut-on admettre avec TARGOWLA que des variations importantes de la TAR au cours d'un même examen peuvent faire conclure à un état épileptique, surtout si la TAR, après avoir baissé, remonte finalement au-dessus de son point de départ.

Chez les épileptiques, DUBAR a constaté des ondulations de la paroi artérielle précédant la pulsation franche.

Nous avons eu l'occasion d'examiner des épileptiques ; il ne nous a pas paru que leurs réactions diffèrent de celles des sujets nerveux à réflexes vasomoteurs vifs. Il suffit de parcourir les observations concernant les sujets normaux pour constater combien la TAR peut varier au cours du même examen.

Il faut noter du reste que la première prise de tension chez un sujet émotif qui appréhende l'examen donne habituellement un chiffre trop élevé.

Il faut reprendre la tension après quelques minutes on est surpris de constater une baisse sensible.

De même, des examens trop répétés, par une irritation locale du globe, nous ont paru provoquer, dans certains cas, une élévation momentanée de la TAR.

En confrontant les quelques exemples suivants, on verra qu'il est difficile de faire une différence, d'après l'instabilité de la Tension entre un sujet normal, un épileptique ou un nerveux.

OBSERVATION n° 92 (Épilepsie type BRAVAIS JAKSON).

18-1-36 : position assise : 85, 69, 71, 69, 58, 71, 74.

OBSERVATION n° 93 (Épilepsie).

15-1-36 : 60-63.

OBSERVATION n° 66 (sujet normal).

5-7-35 : 40, 41, 65, 50, 77, 70.

Voilà trois cas où il y a des variations assez importantes de la TAR. Inversement, voici une malade cataloguée hystérique ou pithiatique : sa TAR est remarquablement stable.

OBSERVATION n° 83 (position couchée).

29-6-35 : 35, 40.

22-4-36 : 55, 55, 55.

29-4-36 : 55 : 65, 65, 73, 65, 65, 69, 57, 62, 65.

od : 69, 59, 69, 69, 73, 73, 65.

OBSERVATION n° 45. Instabilité psychique et nerveuse, fugues à caractère comitial).

14-9-35 : 69, 49, 69, 69.

25-9-35 : 58, 64, 69, 69.

TAR suivant la position

Quel est l'effet de la position sur la TAR : Celle-ci est-elle plus élevée dans le décubitus que dans la position assise ou inversement. La différence ne nous a pas paru frappante. Elle n'est pas en dehors des variations dans la même position. Il nous semble cependant logique d'admettre que dans la position étendue, tête basse, l'afflux du sang vers le cerveau doit provoquer une élévation de tension. Mais le mécanisme régulateur du sinus carotidien doit intervenir.

Et d'ailleurs s'agit-il d'augmentation de la tension artérielle ou de la tension veineuse ? pour DUBAN quand le sujet présente une hypertension veineuse, la TAR augmente dans la position couchée.

TAR et hypertension cérébrale

Nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier si, dans l'hypertension cérébrale s'annonçant par une augmentation de la TAR cette tension s'effondre comme l'a dit KALT quand la stase papillaire apparaît.

Ce signe serait d'ailleurs inconstant (ESPILDORA LUQUE). Rappelons que, d'après une statistique récente, 45 % des tumeurs cérébrales ne s'accompagnent pas de stase.

TAR en rhinologie

WORMS et CHAMPS ont signalé des variations de la TAR après les opérations nasales ou des infections (Rhinites diverses). Il s'agit évidemment de réflexes vasomoteurs analogues à ceux que nous avons signalés chez les nerveux.

Pour ESPILDORA LUQUE dans la névrite rétrobulbaire rhinogène, l'hypertension de l'artère centrale de la rétine est d'autant plus forte que le déficit nasal est plus marqué.

Pour SARGNON les opérations endonasales provoquent parfois une augmentation au début puis habituellement une baisse notable et durable de la TAR.

Nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier.

CONCLUSIONS

On voit par tout ce qui précède combien le problème de la TAR est complexe. La connaissance de cette donnée a un gros intérêt physiologique et clinique mais la difficulté d'obtenir des mesures précises oblige à n'en tenir compte qu'avec prudence et discernement. La seule TAR ne peut donner que des indications incomplètes, on ne peut asseoir un diagnostic sur une base aussi fragile. La recherche des tensions veineuse et capillaire a une importance au moins égale, sinon plus grande. L'examen de l'aspect du fond d'œil, des croissements vasculaires, des modifications de calibre, des hémorragies et des exsudats donne des indications aussi précises sur l'état de circulation oculaire. Il est vrai que, comme le fait remarquer BAILLIART, très souvent, dans l'hypertension générale, on ne trouve aucune modification du système vasculaire rétinien.

Il convient de rendre hommage au mérite de BAILLIART, de DUBAR, de LAUBER et de tous ceux qui ont ouvert la voie aux chercheurs par des études méthodiques et prolongées. Si leurs conclusions sont parfois critiquables ou hâtives, il faut reconnaître loyalement, qu'ils ont projeté un peu de lumière sur une question qui s'avère de plus en plus complexe à mesure qu'on essaie de l'approfondir.

Nous pensons que le sujet est à reprendre sur de nouvelles bases en comparant les résultats obtenus par le dynano-

mètre de BAILLIART et ceux qui sont actuellement en usage à l'étranger, celui de SOBANSKI en particulier.

Il faudrait aussi faire de nombreuses mesures sur des sujets parfaitement sains groupés par séries du même âge, afin d'avoir des bases physiologiques avant de faire des recherches pathologiques.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse,*
TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAMI, GALLOIS et STEHELIN. — Pression artérielle rétinienne et fond d'œil dans certains cas d'hypertension artérielle (*Bull. Soc. d'Ophth. de Paris*, pp. 262-271, juin 1930).
2. ABRAMI, GALLOIS (Jean) et FOUQUET. — Papillites œdémateuses pseudo-tumorales dans l'hypertension artérielle (*Soc. Franç. d'Ophth.*, 1931).
3. ARNAUD et GUILLOT. — Utilisation de l'épreuve de Bailliart dans le diagnostic de l'hypertension intracrânienne chez les traumatisés récents du crâne (*Ann. d'ocul.*, sept. 1934, p. 735).
4. ABRAMOVICZ et MIENICKI. — L'influence de la ponction lombaire sur la pression artérielle rétinienne chez les malades syphilitiques (*Arch. d'ophth.*, 44, 566-573, sept. 1927).
5. ADROGUE et LIDA. — La pression de la sangre en la artéria central de la rétina (*Semania Med.*, 2, 1129-1234, 28 octobre 1926).
6. BAILLIARD. — A propos d'un cas d'hypertension artérielle rétinienne (*Ann. d'ocul.*, 1919, p. 297).
7. BAILLIARD. — La circulation rétinienne à l'état normal et pathologique (*Ann. d'ocul.*, 1919, p. 672).
8. BAILLIARD. — L'état actuel de nos connaissances sur la tension artérielle rétinienne (*Ann. d'ocul.*, 1920, p. 309).
9. BAILLIARD. — Circulation rétinienne dans les états d'hypertension intracrânienne (*Ann. d'ocul.*, nov. 1922).
10. BAILLIARD. — La circulation rétinienne à l'état normal et pathologique (Doïn, 1923).
11. BAILLIARD. — La circulation rétinienne particulièrement dans ses rapports avec la circulation cérébrale (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, mars 1925, p. 129).
12. BAILLIARD. — Le glaucome dans ses rapports avec l'hypertension artérielle (*Soc. Lorraine*, 28 juin 1925).
13. BAILLIARD. — La circulation rétinienne dans le glaucome (*Ann. d'ocul.*, 1928, p. 432).
14. BAILLIARD. — Circulation rétinienne et circulation cérébrale (*La Médecine*, N° 1, janvier 1929, p. 24).

15. BAILLIART. — La pression dans les branches de l'artère centrale de la Rétine (*Marseille Médical*, N° 2, 15 janvier 1929, p. 68).
16. BAILLIART. — La pression artérielle rétinienne dans l'hypertension céphalo-rachidienne (*Ann. d'ocul.*, 166, 271-295, avril 1929).
17. BAILLIART. — De l'effet de la compression expérimentale du globe oculaire sur l'acuité visuelle (*Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1930, p. 464).
18. BAILLIART. — Les modifications de la pression artérielle rétinienne dans l'hypertension du liquide céphalorachidien (*Ann. d'ocul.*, 1930, p. 235).
19. BAILLIART. — L'œil des Hypertendus (*Bull. Soc. Belge d'opht.*, N° 61, p. 18 à 32, 1930).
20. BAILLIART. — L'œil des Hypertendus (*La Médecine*, janvier 1931, p. 24).
21. BAILLIART. — Certains troubles oculaires dus à l'hypertension artérielle (*La Pratique Médicale Française*, N° 3, mars 1931, p. 113).
22. BAILLIART. — A propos de la tension moyenne en ophtalmologie (*Bull. de la Soc. franç. d'optique*, 1932, p. 324).
23. BAILLIART. — Le rôle du spasme artériel en pathologie oculaire (*Bull. Société française d'ophtalmologie*, 134, p. 170).
24. BAILLIART et AVINIER. — Lésions vasculaires de la rétine chez une hypertendue (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, pp. 16-18, janv. 1931).
25. BAILLIART et BOLLACK. — De l'action comparée de certaines substances médicamenteuses sur la tension oculaire et sur la pression artérielle (*Ann. d'ocul.*, 1921, p. 641).
26. BAILLIART et GOMEZ. — La pression moyenne dans l'artère centrale de la rétine (*La Pratique Médicale Française*, 13^e année, N° 8, mai 1932 (A), p. 368).
27. BAILLIART et MAGITOT. — Le régime circulatoire du glaucome (*Ann. d'ocul.*, oct. 1925).
28. BAILLIART et TILLE. — Hypotension rétinienne (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, juin 1933).
29. BALDENWECK, CHATELLIER et LEVY-DECKER. — Hypertension rachidienne et stase après guérison d'une méningite otogène (*Oto-neuro-opht.*, 21 janvier 1933).
30. BARLOW. — Fundus changes in hypertension with and without nephritis (*Arch. of ophtal.*, vol. LVI, p. 356, 1927).
31. BARRÉ et DUVERGER. — La tension artérielle rétinienne (*Arch. d'opht.*, 1929, p. 74).
32. BARTELS. — Image du fond d'œil dans la thrombose des sinus (*Zeitschrift. f. Aug.*, 1909, p. 754).
33. BENEDICT. — Retinitis of hypertension (*Ann. Med. Beerlington*, 1923, NS XVIII, 467).

34. BENEDICT. — L'abcès du cerveau point de vue de l'ophtalmologiste (*The Laryngoscope*, t. XL, N° 5).
35. BERENS. — Les chang. du fond de l'œil et la pression sanguine dans les artères de la Rétine (*Soc. de ch. de Paris*, 16 nov. 1928).
36. BERENS. — Diagnostic de l'élévation de la pression intracrânienne en l'absence de stase papillaire par l'étude de la pression artérielle rétinienne (*Ann. d'ocul.*, 166, 853-864, nov. 1929).
37. BIEREL et ROLLET. — A propos du diagnostic clinique des tumeurs cérébrales (*Lyon Médical*, juillet 1920).
38. BIDAULT. — Contribution à l'étude anatomique et fonctionnelle de la circulation rétinienne chez le vieillard (*Ann. d'ocul.*, 1929, p. 13).
39. BIDAULT. — La tonoscopie rétinienne chez les hypertendus (*Ann. d'ocul.*, avril 1931, p. 255).
40. BINET. — Circulation artérielle du cerveau (*Presse Médicale*, déc. 1924).
41. BLIEDUNG. — Rapport entre la tension générale artérielle, et la tension sanguine intra oculaire (*Arch. f. Angenheilk.*, t. 94, p. 198, 1923).
42. BOLLACK. — Rapports entre la stase papillaire et la dilatation des ventricules au cours des tumeurs cérébrales (*Thèse Paris*, 1919).
43. BOLLACK. — Amaurose quininique et tension artérielle rétinienne (*Bull. Soc. opht.*, 1919-1920, p. 119).
44. BOLLACK. — Amaurose quininique et tension artérielle rétinienne (*Ann. d'ocul.*, 1920, p. 154).
45. BOLLACK et MÉRIGOT DE TREIGNY. — Sur un cas de stase papillaire traumatique (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, 1921, p. 50).
46. CARLOTTI et JACQUET (M.). — La tension artérielle rétinienne dans certains syndromes cérébraux (*Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, n° 7, t. IX, juillet 1931).
47. CLAUDE (H.). — Hypertension intracrânienne et méningites séreuses (*Ques. Neurol. d'actualité*, Masson, 1922).
48. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien (*Rev. Neurologique*, 1927, p. 22).
49. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — L'hypertension relative du liquide céphalo rachidien (*Revue Médicale*, 13 octobre 1927).
50. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien (*L'encéphale*, n° 1, 1927).
51. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — La circulation rétinienne, intérêt de son étude en neuro-psychiatrie (*Presse Médicale*, 22 août 1928).
52. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — Étude de quelques modifications provoquées de la tension rétinienne et céphalo-rachidienne (*L'encéphale*, mars, 1929).

53. CLAUDE, LAMACHE et DUBAR. — Relations de la circulation rétinienne avec la tension intracrânienne (*Soc. d'opht. de Paris*, 21 avril 1928).
54. COLRAT. — La tension artérielle rétinienne et son intérêt clinique (*J. de Méd. de Lyon*, 20 mars 1929, n° 224, p. 197).
55. COPPEZ (J.-H.). — Intérêt de l'étude de la circulation rétinienne au point de vue du diagnostic de l'hypertension (*Gr. Belge d'études O. R. opht. et neuro. chir.*, séance du 25 avril 1926).
56. COPPEZ (J.-H.). — De l'augmentation de la Pression de l'artère centrale de la rétine, signe précoce de l'hypertension cérébrale (*Soc. de Neurol. et de psychiatrie*, juin 1926, n° 6).
57. COPPEZ (J.-H.). — Diagnostic précoce d'hypertension crânienne par la circulation rétinienne (*Rev. Neurol.*, 1927, p. 673).
58. COPPEZ (J.-H.). — Sur la pression de l'artère centrale de la rétine et sa valeur diagnostique (*Journ. de Neurol. et de psychiat.*, 30, 272-278, mai 1930).
59. COPPEZ (J.-H.). — Sur les rapports entre la circulation générale et la circulation rétinienne (*Bull. Soc. belge d'opht.*, 1930, n° 42).
60. COPPEZ (J.-H.). — Sur l'hypertension excessive de l'artère centrale de la rétine et ses rapports avec l'état des parois artérielles (*Bull. et Mém. Soc. Franç. d'opht.*, 1931, n° 44, p. 518-524).
61. COUADAU (André). — Le problème des œdèmes papillaires des hypertendus (*Bull. Soc. opht. P.*, séance du 18 juillet 1936).
62. CUSHING. — Réactions de la Pression sanguine dans la compression cérébrale aiguë (*Ann. journal of Méd. Sciences*, 1903, cité dans Galavardin : T. A. en clinique).
63. DIEBER. — Sur les mensurations de la tension sanguine intra oculaire et leur importance dans l'étude du problème du glaucome (*Arch. f. Augenheilk.*, 1928, p. 678).
64. DUBAR. — Hypertension artérielle rétinienne d'origine émotionnelle (*Soc. d'opht. de Paris*, 19 mars 1927).
65. DUBAR. — Instabilité de la tension artérielle rétinienne chez les épileptiques (*Soc. d'opht. de Paris*, février 1928).
66. DUBAR. — Intérêt de la tension artérielle rétinienne en neurologie et en psychiatrie (*Arch. Inter. de Neur.*, 21^e série, oct. nov. 1928, p. 147).
67. DUBAR. — Remarques sur l'examen fonctionnel de la circulation rétinienne (*Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1933, p. 374).
68. DUBAR et LAMACHE. — Intérêt de la tension artérielle rétinienne en neurologie et en psychiatrie (*Prat. Méd. Franç.*, mars 1928, p. 145).
69. DUBAR et LAMACHE. — Le syndrome d'instabilité des tensions vasculaires rétiniennes (*Soc. d'opht. de Paris*, juin 1929).

70. DUBAR et LAMACHE. — Sur l'étude subjective de la circulation rétinienne (*Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1930, p. 289).
71. DUBAR et LAMACHE. — Sur l'examen fonctionnel de l'artère centrale de la rétine (*Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1931, p. 509).
72. DUBOIS (A.). — Les rétinites exsudatives de l'hypertension artérielle (*Thèse*, Paris 1933).
73. DUBOIS (A.). — Les rétinites exsudatives de l'hypertension artérielle (*Ann. d'ocul.*, t. CLXXI, fév. 1934, p. 138).
74. DUKE ELDER. — The ocular circulation. Its normal pressure relationships and their physiological significance (*Brit. journal of opht.*, octobre 1926).
75. DUKE ELDER. — The factors controlling the intra ocular pressure (*Proceed of the Roy. Soc. of. méd.*, mars 1928, p. 817).
76. DUMAS. — Circulation sanguine périphérique et ses troubles (Paris, Doin, 1925).
77. DUMAS. — L'hypertension bloquée (*Presse Médicale*, 9 déc., 1931).
78. DUMAS et COUDAMIN. — Considérations cliniques sur les relations qui peuvent exister entre tension sanguine et tension du liquide céphalo-rachidien, déductions thérapeutiques (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 3 mars 1925, *Lyon Médical*, 1925).
79. DUMAS, LAMACHE et DUBAR. — Variation de la tension artérielle rétinienne sous l'influence de l'émotion (*Soc. de Biol.*, 22-1-27).
80. DUSSELDORP. — Altération du fond de l'œil observée chez les malades présentant de l'hypertension intracrânienne sans stase papillaire (*Arch. di ottalmologia*, 1928, p. 360).
81. DUVERGER et BARRÉ. — La tension artérielle rétinienne (*Bull. soc. opht.*, nov. 1919).
82. ELLIOT. — Le pouls rétinien (*British journal of opht.*, nov. 1921, p. 48).
83. ENGEL. — Die Veranderungen des Augenhintergrundes bei arterieller Hypertonie (*Fortschr. d. Neurol. Psych.*, 6, 166-176, avril 1934).
84. ESPILDORA LUQUE. — Hypertension artérielle rétinienne sans hypertension générale (*Arch. d'opht. Hispano-Américaine*, juillet 1931).
85. ESPILDORA LUQUE. — Hypertension artérielle solitaire de cause méningo-encéphalitique (*Arch. d'opht. Hispano-Américaine*, oct. 1931).
86. ESPILDORA LUQUE. — Hipertension retinal solitaria de causa ocular (*Arch. de phtal. Hispano amer.*, 657-664, déc. 1931).
87. ESPILDORA LUQUE. — La hipertension arterial retiniana en los hipertensos generales (*Arch. de opht. hispano amer.*, 30, 456-469, aug. 1931).
88. ESPILDORA LUQUE. — Hypertension retinienne solitaire de cause me-

- ningo encephalique (1^{re} réunion latino-américaine d'ophtalmologie Santiago de Chile, fév. 1933. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, n° 8, sept.-oct. 1933).
89. ESPILDORA LUQUE. — Hypertension artérielle rétinienne chez les hypertendus généraux (1^{re} réunion latino-amer. d'opht. Santiago de Chile, février 1933. *Revue d'O. N. opht.*, n° 8, sept.-oct. 1933).
90. FEUTON RALPH. — Complications intra craniennes de l'otite moyenne suppurée chronique au point de vue ophtalmologique (*Amer. J. of ophtalmology*, 1926, p. 321).
91. FRITZ. — Mesure de la Rigidité de l'artère centrale de la rétine et son importance en clinique (*Bull. Soc. Franç. d'ophtal.*, 1930, p. 234).
92. FRITZ. — Le rôle de la rigidité artérielle dans la physio-pathologie de circulation rétinienne (*Bull. soc. Belge d'opht.*, 61, 30 nov. 1930).
93. FRITZ. — Les effets de la rigidité artérielle sur la circulation rétinienne physiologique et pathologique (*Bull. soc. franç. d'opht.*, 1931, p. 512).
94. FRITZ. — Souplesse, calibre et pression de l'artère rétinienne (*soc. belge d'opht.*, séance du 29 nov. 1931).
95. FRITZ. — Valeurs de calibre, souplesse et pression de l'artère rétinienne correspondant à une circulation normale (*Bull. soc. belge d'opht.*, n° 64, p. 50-53, 1932).
96. FRITZ. — Quelle est la signification exacte de l'écrasement diastolique de l'artère rétinienne (*Bull. Soc. franç d'opht.*, 1932, p. 321).
97. FRITZ. — Rapports des pressions sanguines humérales et rétiniennes (*Soc. Belge d'opht.*, séance du 26 nov. 1933 ; *Bruxelles Médical*, n° 9, 31 déc. 1933).
98. FRITZ. — Rapport des pressions sanguines humérales et rétiniennes (*Bull. soc. belge d'opht.*, n° 67, 1934).
99. FRITZ. — Différents types physio-pathologiques de circulation rétinienne (*Bull. soc. franç. d'opht.*, 1934, p. 361).
100. GALLOIS (J.). — La mesure de la tension artérielle rétinienne (méthode de Bailliart) et le diagnostic précoce des hypertensions cérébrales (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 11, 14 mars 1929, p. 223).
101. GALLOIS (J.). — Quel est le chiffre normal de la tension artérielle rétinienne (*La Pratique Méd. Franç.*, n° 8, 13^e année, mai 1932 (A), p. 378).
102. GALLOIS (J.). — Angiophtalmologie, hypertension céphalo-rachidienne et mesure de la tension artérielle rétinienne (*Revue technique chir.* n° 5, sept. 1932).
103. GALLOIS (J.). — Angiophtalmologie, hypertension céphalo-rachidienne et mesure de la tension artérielle rétinienne (*Bull. et mem. Soc. Méd. Paris*, 26 novembre 1932).

104. GALLOIS (J.). — Angiophtalmologie, diagnostic précoce de l'hypertension artérielle par l'examen oculaire (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 25 novembre 1933).
105. GAUDISSART. — Papille de stase. Tension artérielle rétinienne et injection de sérum hypertonique (*Ann. d'ocul.*, 1927, p. 270).
106. GALLAVARDIN. — La tension artérielle en clinique (Paris, Masson, 1920).
107. GIL ADROGUE et COURTIS. — Alguna alteraciones oftalmoscopicas en la hipertension general (*Prensa Med. Argent.*, 20, 1430-1455, 28 June, 1933).
108. GIL ADROGUE et COURTIS. — Alguna alteraciones oftalmoscopicas en la hipertension general (*Arch. de oftal. de Buenos-Aires*, nov. 1933).
109. GUDYS. — Les rétinites stellaires pseudonéphritiques (*Thèse*, Paris, 1936).
110. GUERRA (P.). — Comportamento della pressione arteriosa retinica nei traumatizzati cranici (*Minerva Med.*, I, 215-225, 10 fev. 1933).
111. GUILLERMAIN et CHAMS. — Les variations de la tension artérielle rétinienne dans les interventions endonasales (*Revue d'O. N. O.*, 1931, p. 344).
112. GUIRAL. — Sur le rapport qui existe entre la tension artérielle rétinienne et la tension générale (*Arch. Neuro biol.*, 1932, p. 227).
113. GUIRAL, RODOLFO et JULIO. — La dissociation de tension entre la pression rétinienne et la pression générale (*Arch. Neuro biol.*, 1932, page 275).
114. GUIST. — Sur les modifications des vaisseaux rétiniens dans l'hypertonie primaire et secondaire (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, vol. LXXXV, nov. 1930).
115. GUIST. — Augmentintergrundbefunde bei hypertension und hypertonie (*Méd. Klin.*, 25, 195-197, 6 février 1921).
116. GUIST. — Artérielle hypertonie unde Auge (*Ztschr. f. Angenheilk.*, 73, 232-243, fév. 1931).
117. GUIST. — Artérielle Hypertonie und Augenhintergrundsbefunde (*Berüe Versamml. d. deut. Ophth. gesellsch.*, 49, 420-427, 1932).
118. GUIST. — L'hypertension artérielle et l'œil (*Ref. Annale d'ocul.*, 1934, p. 177).
119. HECQUER. — Les abcès méningés otogènes (*Ann. d'oto laryngologie*, 1934, p. 891).
120. JEAN-SEDAN et GAETAN E JAYLE. — Considérations sur les spasmes de l'artère centrale de la rétine (*Ann. d'ocul.*, 1936, page 609).
121. KALT. — Contribution à l'étude de la pression artérielle rétinienne dans l'hypertension intra crânienne (*Thèse*, Paris, 1927).

122. KALT. — Etude de la pression artérielle rétinienne dans un cas d'obstruction de l'artère temporale inférieure (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, pages 340-345, juillet 1929).
123. KHOROZIAN. — Retina in hypertension. Hypothetical view as to its cause (*West Virginia M. J.*, 28, 117-120, March 1932).
124. KUMMEL. — Ueber Pulserscheinung der Augengefaesse (*Arch. f. Augenheilk.*, p. 336, 1914-15).
125. KYRIELEIS et SCHROEDER. — Sur les modifications fonctionnelles du système vasculaire de la rétine chez la femme enceinte pendant les derniers mois de la grossesse (*Arch. f. Augenheilk.*, 1931, p. 104).
126. LAEDERICH, MAMOU et BEACHESNE. — Hypotension des membres supérieurs et hypotension rétinienne avec tension normale des membres inférieurs par aplasie artérielle localisée (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1932, p. 1057).
127. LAMACHE. — Étude sur la pression du liquide céphalo-rachidien (*Thèse*, Paris, 1926).
128. LAMACHE. — Intérêt de la tension artérielle rétinienne en neurologie et en psychiatrie (*Arch. intern. de neurol.*, 21^e série, oct. 1928, p. 147).
129. LAMACHE et DUBAR. — Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien (*Encéphale*, janvier 1927).
130. LAMACHE et DUBAR. — La circulation rétinienne (*Presse médicale*, août 1928, p. 1057).
131. LAMACHE et DUBAR. — Le syndrome d'instabilité des tensions vasculaires rétiniennes (*Bull. soc. d'opht. de Paris*, juin 1929, p. 282-287).
132. LANGLOIS et BINET. — Le mécanisme régulateur de la pression artérielle (*Presse médicale*, 4 mars 1932).
133. LAUBER. — Die Entstehung der Stauungspapille (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1934, n^o 51).
134. LAUBER. — Le rapport entre la tension artérielle générale et la tension des vaisseaux de la rétine avec la tension oculaire et son influence sur le nerf optique et la rétine (*Zeitschr. f. Augenheilk.*, t. LXXXVII, septembre 1935).
135. LAUBER. — L'hypotonie vasculaire générale, son rapport à la pression oculaire et aux maladies du nerf optique (*Société franç. d'opht.*, 1935).
136. LAUBER. — Ergebnisse der Augendrucksenkenden Behandlung der Seh nervenschwundes und der Pigmententartung der Netzhaut (51^e session de la société ophtalmologique allemande Heidelberg, 1936).

137. LAUBER. — Die Blutdruckmessung an den Netzhautgefäßen und ihre möglichen Fehlerquellen (51^e session de la Soc. ophtalmologique allemande Heidelberg, 1936).
138. LAUBER und ADAMUECH. — Ueber das Vorkommen von doppelbrech Lipoid in der Netzhaut etc. (*Von graefes Arch. f. Opht.*, vol. LXXI, sept. 1909. Analyse dans *Annales d'oculistique*, 1911, p. 287).
139. LE BENSOHN (J.-H.). — Ophthalmoscopic findings in conditions of hypertension (*Illinois M. J.*, 65, 156-159, feb. 1934).
140. LEPLAT. — De l'influence de l'adrénaline sur la tension oculaire et sur la tension artérielle générale et tension artérielle rétinienne chez l'homme (*Ann. d'ocul.*, 1920, p. 414).
141. LEPLAT. — La tension artérielle dans les vaisseaux de l'iris et ses modifications sous l'influence des collyres (*Ann. d'ocul.*, novembre 1920).
142. LIAIS. — La Pression artérielle moyenne et son importance seméiologique (*Presse Médicale*, 23 janvier 1932).
143. LOBEL. — Valeur clinique de la sphygmoscopie rétinienne (*Thèse*, Paris, février 1937).
144. MAGITOT. — La pression vasculaire rétinienne dans un cas de cécité post hémorragique (*Ann. d'ocul.*, 1919, p. 666).
145. MAGITOT. — Hypertension intracranienne sans stase papillaire (*Revue Neurol.*, p. 24, 1926).
146. MAGITOT. — Le diagnostic d'hypertension intracranienne en l'absence de papille de stase (*Semaine des Hôp. Paris*, 12 février 1926).
147. MAGITOT. — Hypertension intracranienne sans signes ophtalmoscopiques (*Soc. d'opht. de Paris*, janvier 1929).
148. MAGITOT. — Tonoscopy (*Arch. of ophtalm.*, t. VI, p. 852, 1931).
149. MAGITOT. — La pression artérielle rétinienne et la circulation cérébrale (*Revista oto-ruro-ophtal. sud. Americana*, Enero, 1932).
150. MAGITOT. — La sympathectomie carotidienne chez l'homme et ses applications dans certaines affections du nerf optique (*Ann. d'ocul.*, 1934, p. 897).
151. MAGITOT. — La sympathectomie carotidienne comme thérapeutique de certaines lésions, dégénératives du nerf optique et de la rétine (*Bull. Soc. fr. d'opht.*, 1934, p. 381).
152. MAGITOT. — Tonoscopie et hypertension intracranienne (*Ann. d'ocul.*, 1935, p. 599).
153. MAGITOT et BAILLIARD. — Pression du sang dans les vaisseaux de l'œil (Congrès de Washington, avril 1922).
154. MAGITOT et BAILLIARD. — La pression comparée dans les vaisseaux

- de l'iris et de la rétine. Recherches sur l'action des vaso-moteurs oculaires (*Ann. d'oculistique*, 1921, p. 81).
155. MAGITOT et DESVIGNES. — Les effets de la décortication carotidienne (sympathectomie artérielle) chez l'homme (*Bull. Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 17 mars 1934).
156. MAGITOT et DUBOIS. — Rétinite hypertensive et hypertension rétinienne (*Bull. Soc. franç. d'opht. de Paris*, juin 1932).
157. MAGITOT et DUBOIS. — Rétinite hypertensive et décompression rachidienne (*Soc. d'opht. de Paris*, fév. 1933).
158. MAGITOT et DUBOIS. — Evolution des tensions artérielles rétinienne diastoliques et moyennes comparées avec la tension rachidienne après ponction lombaire (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, 1933, page 115).
159. MAGITOT et DUBOIS. — La pathogénie de la rétinite dite Brightique et sa disparition par les décompressions céphalo-rachidiennes répétées (*Presse médicale*, septembre 1934).
160. MAGITOT et TILLE. — Hypertension artérielle rétinienne relative et hypertension oculaire consécutives à un hématome orbitaire (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, 170-174, mars 1932).
161. MANOLESKO. — Un cas de neurorétinite avec décollement de rétine double et total chez un néphrétique hypertensif (*Société Roumaine d'opht. de Bucarest*, séance du 2 décembre 1925).
162. MARCOLONGO et VITA. — Le arteriole retiniche nelle ipertension arteriose, la loro pressione e il loro comportamento di fronte, a sostanze vasodilatatrici (*Clin. med. ital.*, 63, 885-936, oct. 1932).
163. MARINESCO et GOLDSTEIN. — Deux cas de méningite séreuse avec hydrocéphalie consécutive simulant la tumeur cérébrale (*Spitalul*, 1921, n° 1).
164. DI MARZIO. — Signes oculaires des méningites séreuses (*Congrès italien O. N. O.*, octobre 1924).
165. MORELLI. — Sur la tonoscopie des vaisseaux ciliaires antérieurs (*Arch. de Fisiol.*, t. XXX, page 145).
166. MYEMURA. — Ueber den Blutdruck in den Kapillaren (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars 1936, p. 324).
167. D'OSVALDO. — Modifications de la tension rétinienne après ponction lombaire (*In Zentralblatt f. ophtalmologie*, t. XXX, p. 324).
168. PAGNIEZ. — Deux cas d'hypertension céphalo-rachidienne traités avec succès par injection de solutions hypertoniques (*Soc. Méd. des Hôp.*, 27 novembre 1925).
169. PARKER. — Mécanisme de l'œdème papillaire (*Arch. of Neurol and psychia*, juillet 1925).
170. PAVIA. — Rétinite hypertensive (*Rev. oto-neuro-opht.*, mars 1931).

171. PELLISSIER. — L'hypertension artérielle solitaire (Masson, 1927).
172. PEREIRA. — La tension de l'artère centrale de la rétine dans l'hypertension artérielle (1^{re} réunion latino amer. d'opht. Santiago de Chile in. *rev. d'oto-neuro-ophtal.*, n° 8, sept.-octobre 1933).
173. PEREIRA (S.). — La mesure de la pression artérielle rétinienne, son importance dans le diagnostic de l'hypertension intracrânienne (*Zentralbl. F. opht.*, t. XXVI, p. 753).
174. POLLIOT. — La circulation rétinienne (*Revue Méd. de la Franche-Comté*, 15 décembre 1926).
175. PRIESTLEY SMITH. — La pression sanguine dans l'œil et sa relation avec la tension oculaire (*B. J. of opht.*, p. 449, 1932).
176. PUSCARIU et NITZULESCU. — Considération sur la pathogénie de la neurorétinite néphrétique à propos de 19 observations (*Ann. d'ocul.*, vol. CLXIV, 1927, p. 16).
177. RASVAN. — Observations sur la tension artérielle rétinienne à l'état normal et pathologique (1^{er} Congrès Soc. Roum. d'opht., mai 1924).
178. REDSLOR. — Stase papillaire simulant une tumeur intracrânienne dans un cas de néphrite (*Société O. N. O.*, Strasbourg, janvier 1925).
179. REYMOND et CLAUDE. — La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale (*Semaine Médicale*, décembre 1909).
180. RISER et COUADAU. — Artère centrale de la Rétine et Adrénaline (*Bull. Soc. opht. Paris*, séance du 21 mars 1936).
181. RISER, COUADAU, et MERIEL. — De la circulation rétinienne (*Presse Médicale*, n° 61, 29 juillet 1936).
182. RISER, COUADAU et PLANQUES. — Sur la signification de l'hypertension artérielle rétinienne relative chez les hypertendus artériels (*Bull. Soc. Opht. Paris*, séance du 25 avril 1936).
183. RISER, COUADAU, PLANQUES et VALDIGUIÉ. — Sur la pathogénie des papillo-rétinites des hypertendus artériels. (*Bull. Soc. opht. Paris*, séance du 25 avril 1936).
184. ROGER. — Influence des compressions et des embolies cérébrales sur la pression sanguine (*Arch. Méd. expér.*, août 1917).
185. SALVATI. — La tension artérielle rétinienne en position assise et couchée (*Ann. d'ocul.*, p. 917, 1928).
186. SARGNON (A.). — Le réflexe naso-oculaire et la tension artérielle rétinienne (*Archives Hosp.*, janvier 1937, p. 11).
187. SCHAEFFER. — La rétinite brightique. Ses rapports avec l'hypertension intracrânienne (*Revue Médicale*, 10 janvier 1931).
188. SCHIECK et BRUECKNER. — Kurzes Handbuch der ophtalmologie, t. II, p. 915 et t. IV, p. 673-et 677).

189. SCHOUSBOE. — Pression artérielle rétinienne et hypertension intracranienne ; quelques aperçus du problème (Alger, 1934).
190. SCOTTI DOUGLAS. — Il comportamento dei vasi retinici nell'ipertensione arteriosa, importanza del suo studio per la medicina interna (Cuore e circolo, 17 : may 307, june 1933, 17, 441-450, aug. 19.3.17, 451-453, aug. 1933).
191. SEIDEL. — Prinzipielle zur Blutdruck messung in den intraocularen artérien (*Graefes Arch. f. ophth.*, 1926, 116).
192. SOBADSKI. — La tension oculaire et son influence sur la circulation rétinienne (*Ref. Kl. Monatbl. f. Augenheilk.*, p. 421, t. XCV, 1933).
193. SOBADSKI. — Ein ophthalmodynamometer und seine handhabung (*Monatbl. f. Augenheilk.*, mars 1936, p. 324).
194. SODAOKI SUGANUMA. — (Tokio). La Tension artérielle rétinienne chez l'homme normal et ses rapports avec la tension artérielle générale (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janvier 1936, p. 74).
195. DE SPEYR. — Le pouls des artères rétiniennes (*Ann. d'ocul.*, p. 419 1914).
196. SPINELLI. — Pressioni arteriosa retinica in rapporto all'ipertensione intracranica e sue variazioni in seguito ed interventi endocranici (*Rev. oto neuro oftal.*, 10, 345-380, may-june 1933).
197. SPINELLI. — Pression artérielle rétinienne en rapport avec l'hypertension intracranienne et ses variations après les interventions endocriniennes (*Rev. oto-neuro-oftal. radio-neuro chir.*, au 1933, in *Rev. de Laryng.-oto-rhinal.*, n° 5, main 1934).
198. STAZINSKI. — La relation anormale entre les tensions artérielles humérale et rétinienne dans les maladies sans lésion oculaire (*Klini Vu ocnef Zeig*, février 1925).
199. STONGH. — Stase papillaire dans les affections autres qu'une tumeur cérébrale (*Arch. of ophth.*, décembre 1932).
200. TERRIEN. — Valeur diagnostique du syndrome oculaire d'hypertension dans les blessures du crâne et les trépanations. (*Réunion Médicale interalliée*, 16 août 1918).
201. TERRIEN. — Lésions du nerf optique dans les méningites (*La Médecine*, janvier 1921).
202. TILLE. — Syndrome Trijémino-sympathique (*Bull. Soc. d'ophth. de Paris*, 18 juillet 1931).
203. TILLE. — Instabilité unilatérale des pressions artérielles rétiniennes dans un syndrome d'hemiexcitation sympathique (*Ann. d'ocul.*, 1931, p. 278).
204. TILLE. — Décollement de la rétine par œdème probable chez une

- éclamptique. Hypertension artérielle rétinienne relative dans le décollement (*Ann. d'ocul.*, janvier 1933, p. 60).
205. TILLE. — Stase papillaire et hypertension artérielle rétinienne relative sans hypertension du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite otitique à forme lente (*Revue d'O. N. Ophtal.*, t. WXII, n° 5, 1934).
206. TILLE. — Manifestations oculaires des otites suppurées et de leurs complications (*Revue d'O. N. opht.*, t. XIII, 1935, p. 325).
207. TILLE et HERY. — Embolie et spasme de l'artère centrale de la rétine (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, juin 1934).
208. TILLE et KORIESSIOS. — Le venin de Cobra modificateur de la circulation rétinienne dans le traitement de diverses affections du fond d'œil (*Arch. de l'Inst. prophylactique*, t. VII, n° 1, 1935).
209. TIRELLI. — Di un signal oftalmoscopico (*Rev. oto. neuro. oftalm.*, 10, 86-88, feb. 1933).
210. TOURNADE, CHABROL et MARCHAND. — Du mécanisme nerveux régulateur de la tension artérielle. La régulation centrale (*C. R. Société de biologie*, 26 fév. 1921).
211. TRAINA et DEL CORTO. — Modifications de la pression artérielle rétinienne consécutive aux interventions endonasaes (III^e Congrès de la Sté Ital. neuro opht., 1^{er} Congrès de la Sté. radio neuro chir. Bologne 11, 12 et 13 oct. 1932, in *Rev. d'oto-neuro-opht.*, t. XI, n° 6, juin 1933).
212. VANCEA. — Circulation (syndrome of retina hypotension et hypertension) (*Clin. Méd.*, II, 117-127, mars 1930).
213. VANCEA. — Recherches sur la tension artérielle rétinienne dans la gravidité (*C. R. Société de Biol.*, 103, 1353-54, mai 1930).
214. VANCEA. — Die Bedeutung der retinalen Tension fur die Allgemeinerkrankungen (*Arch. f. Opht.*, 126, 601-612, 1931).
215. VANCEA. — La signification de la T. A. R., pour les maladies générales (*Ann. d'ocul.*, 1934, p. 632).
216. VILLARD, SCHIFF-WERTHEIMER, JUSTIN-BEZANÇON CACHERA et BENECH. — Recherches physiologiques sur les dérivés de la choline. Action réciproque de l'adrénaline et de l'acétylcholine sur l'artère rétinienne (*C. R. Soc. Biol. Paris*, 1930, p. 580).
217. VILLARD et DEJEAN. — Un cas de thrombose de l'artère centrale de la rétine (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, fév. 1928, p. 87).
218. VILLARD et DEJEAN. — Embolie de l'artère centrale de la rétine avec spasme surajouté. Amélioration par l'acétylcholine (*Bull. Soc. d'opht. Paris*, fév. 1931, p. 108-112).
219. VILLARD, VIALLEFONT et TEMPLE. — Complication rare de la fièvre

- de Malte: syndrome tabétique et névrite rétro-bulbaire avec hypertension artérielle rétinienne (*Arch. de Soc. des Sc. Méd. et biol. de Montpellier*, 14, 1933).
220. WAGENER. — Retinal vascular changes in hypertension (*Ann. int. med.*, 4, 222-226, sept. 1930).
221. WINTHER. — L'Ophthalmodynamomètre en otologie (*In Revue O. N. Ophth.*, t. IX, 1931).
222. WINTHER. — Retina blood supply Estimation of intracranial pressure by testing pressure in central artery with Bailliart ophthalmodynamometry (*Ugesk. f. Loege*, 93, 173-176, feb. 19, 1931).
223. WINTHER. — Retinal arterial pressure in sequelae after trauma capitis (*Acta psychiat. et neurol.*, 1933).
224. WOOD. — Le diagnostic précoce des complications intra-craniennes d'origine articulaire (*The laryngoscope*, 1932, p. 335).
225. WORMS. — Troubles visuels subjectifs chez les blessés cranio-cérébraux (*Ann. d'ocul.*, juin 1925).
226. WORMS. — La tension artérielle rétinienne dans les rhinites atrophiques. Essais de traitement de l'ozène par l'acétylcholine (*Ann. d'otolaryng.* p. 435-438, avril 1932).
227. WORMS et CHAMS. — La T. A. R., dans les rhinopathies (*Bull. Soc. fr. d'opht.*, 1931, p. 525).
228. WORMS et CHAMS. — La T. A. R., de type normal au cours d'un syndrome d'hypertension intracranienne d'origine tumorale (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, avril 1931, p. 190).
229. WORMS et CHAMS. — T. A. R. et système trigemello sympathique (*Paris Méd.*, n° 36, 21^e année, 5 sept. 1931).

